Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem

Cláudia Regina Menezes da Rocha Pôças

Perspectivas de egressos da residência de enfermagem acerca das contribuições do curso para a vivência do mundo laboral

Rio de Janeiro
2018

Cláudia Regina Menezes da Rocha Pôças

Perspectivas de egressos da residência de enfermagem acerca das contribuições do curso para a vivência do mundo laboral

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Profª. Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

P739 Pôças, Claudia Regina Menezes da Rocha.
Perspectivas de egressos da residência de enfermagem acerca das contribuições do curso para a vivência do mundo laboral / Claudia Regina Menezes da Rocha Pôças. - 2018.
242 f.

Orientadora: Norma Valéria Dantas de Oliveira e Souza
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem – Estudo e ensino - Teses. 2. Trabalho - Teses. 3. Neoliberalismo – Teses. 4. Internato não médico – Teses. I. Souza, Norma Valéria Dantas de Oliveira e. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Bibliotecária Adriana Caamaño CRB7/5235

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Claudia Regina Menezes da Rocha Pôças

Perspectivas de egressos da residência de enfermagem acerca das contribuições do curso para a vivência do mundo laboral

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 7 de novembro de 2018.
Banca Examinadora:

_____

Profª. Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

_____

Profª. Dra. Lucia Helena Garcia Penna
Faculdade de Enfermagem - UERJ

_____

Profª. Dra. Cristiane Helena Gallasch
Faculdade de Enfermagem - UERJ

_____

Profª. Dra. Joanir Pereira Passos
Universidade Federal do Rio de Janeiro

_____

Profª. Dra. Marcia Tereza Luz Lisboa
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro
2018

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a todos os profissionais que se dispõem a compartilhar o seu espaço, o seu conhecimento e o seu fazer no trabalho, acreditando que é possível trabalhar aprendendo e aprender trabalhando.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus e a Maria Santíssima pela proteção e sustento em cada dia da minha vida.

Aos meus pais (*in memoriam*), Norberto e Maria Lúcia, agradeço por tudo... porque fizeram o melhor que sabiam, podiam e conseguiram fazer. Aprendi muito com vocês!

Aos meus avós (*in memoriam*), Nathanael e Maria, meu eterno porto seguro... porque os laços de amor nunca se desfazem!

A Mário Fernando, que me incentivou e acompanhou da melhor forma que conseguiu ao longo desse curso. Uma das aventuras da nossa vida em comum.

À minha pequena filha Maria Fernanda, fonte de amor, energia, carinho e inspiração. "Coisas de mãe e filha!"

À minha família, em especial aos meus tios (*in memoriam*) Efraim, Milton, Alberto Menezes e Maria Lúcia Brito, tio Edvaldo e tia Ederlinda pelo carinho e incentivo. Aos primos Louralina Maciel, Luís Maciel, Anette Rivas e Marialice Menezes e ao meu sobrinho Leandro Menezes. Vocês sempre me ofereceram palavras e gestos de incentivo e de carinho fortalecedores.

À Professora Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza, minha orientadora, nesta navegação repleta de desafios e conquistas. Obrigada por seu apoio, atenção e por ter me conduzido, compartilhando seu vasto conhecimento!

Aos professores da banca examinadora, Helena David, Márcia Lisboa, Joanir Passos, Lúcia Penna e Cristiane Gallash, por compartilharem seus conhecimentos e importantes contribuições a esta pesquisa.

Aos egressos do curso de residência de enfermagem, que tão gentil e prontamente participaram deste estudo. Gratidão também pelo apoio e incentivo.

Aos meus ilustres amigos Adriana Lemos, Adriana Lins, Alicéa Nunes, Antônio Fernandez, Cristina Nunes, Edna Olímpia, Inês, Maria Darci, Rita de Cássia e Rosane Fernadez, que nunca me desamparam e revestem a minha vida com uma sublime amizade há mais de 30 anos!

Às queridas Adriana Lenho, Alba Castelo Branco, Antônia Machado, Claudia Sá, Frances Valéria, Isabel Morais, Luciana Assad, Luísa Mara, Maristela Freitas, Olívia Sabino, Regina Pimentel e Therezinha Nóbrega, pessoas especiais por quem tenho muito carinho!

Agradeço a convivência harmoniosa e repleta de palavras de incentivo. Presentes com que a Universidade do Estado do Rio de Janeiro me brindou.

Aos colegas do curso de doutorado, agradeço a oportunidade de compartilhar bons momentos.

Aos colegas da Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy pelas doses regulares de companheirismo, que sustentam nossa amizade e nos unem ao compartilhar o trabalho.

A Keylla Santos, uma jovem e promissora enfermeira! Mas, especialmente, um ser humano cativante, de rara lealdade e compromisso. A você, meu respeito e minha admiração!

A Ingrid Canedo pela disponibilidade, incentivo e por acreditar que cada um tem seu tempo. Em 10 anos, você não me surpreendeu, mas sempre me impressionou com sua competência.

Rogério Marques, Rejane Araújo, Luciana Assad, Marco Peixoto, Paula Monteiro e Claudia Sá, enfermeiros que, no exercício das chefias do Serviço de Treinamento e Avaliação de Enfermagem do HUPE/UERJ e da Coordenadoria de Enfermagem do HUPE/UERJ, apoiaram-me na realização do curso de doutorado.

Aos funcionários administrativos do PPGENF/UERJ pela serenidade e organização com que conduzem o trabalho, além da disponibilidade em orientar os alunos.

A Claudia, Cida, Cristiana, Marcelo, Mary, Michel, Nanci, Paula, Roberta e Val. Vocês são excelentes em colaborar com os meios para o alcance dos fins!

A Carmela e Manuella pela serenidade, gentileza e segurança com que fizeram a revisão da língua portuguesa e normalizaram esta tese. Na realidade, vocês me acolheram!

Às Bibliotecárias da Biblioteca Biomédica B - Odontologia e Enfermagem, em especial a Adriana Caamaño, pela gentileza, serenidade e atenção em todos os momentos.

DAS UTOPIAS

Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!

Mario Quintana

RESUMO

PÔÇAS, Claudia Regina Menezes da Rocha. **Perspectivas de egressos da residência de enfermagem acerca das contribuições do curso para a vivência do mundo laboral**. 2018. 242 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, com apoio quantitativo, utilizando o método de triangulação de dados. O objeto deste estudo abordou as estratégias de enfrentamento adotadas pelos egressos do curso de residência em enfermagem perante as adversidades do mundo do trabalho, considerando o processo de qualificação na residência. Os objetivos deste estudo foram: i) identificar as características sociodemográficas e laborais dos egressos de um curso de enfermagem perante as adversidades no mundo do trabalho; residência de enfermagem; ii) descrever as percepções de egressos de um curso de residência em enfermagem sobre o mundo do trabalho em saúde e enfermagem; iii) analisar as estratégias de enfrentamento adotadas pelos egressos do curso de residência de enfermagem para lidar com as adversidades do mundo do trabalho; e iv) discutir as contribuições da aprendizagem na residência de enfermagem para enfrentar adversidades no mundo do trabalho. O materialismo histórico dialético foi o referencial teórico-metodológico que subsidiou a pesquisa. O estudo foi aprovado sob o parecer do CEP 2.144.859. Os participantes foram 106 egressos que concluíram o curso no período de 2008 a 2014. Os egressos responderam a um questionário sobre sua realidade laboral e, dentre estes, 24 concederam entrevistas semiestruturadas, realizadas conforme os requisitos da Resolução 466 de 2012, no período de fevereiro a abril. 2018. O método de análise de dados foi o hermenêutico-dialético, que originou cinco categorias analíticas: a) O mundo do trabalho e sua complexidade política, econômica e técnico-científica; b) Fatores intervenientes que afetam o cotidiano laboral e suas consequências para o trabalhador; c) Impactos do mundo do trabalho na subjetividade do trabalhador; d) Recursos para o enfrentamento das adversidades no mundo do trabalho; e e) O curso de residência para além do mundo do trabalho: uma contribuição de caráter pessoal. Os resultados revelaram a percepção dos egressos sobre a complexidade do trabalho em saúde no nível macroestrutural, bem como os efeitos do ideário neoliberal no cotidiano do trabalho. Identificaram-se reflexos do trabalho desenvolvido na subjetividade dos egressos, a partir de elementos produtores de prazer e de sofrimento no exercício do trabalho, demonstrando a relação entre o mundo do trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. Os egressos descreveram estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com adversidades na prática profissional, como o compromisso com a assistência à clientela, e a articulação com a equipe e com usuários. Ademais, ressaltaram a eficaz contribuição do curso de residência para o seu desenvolvimento profissional e pessoal. Concluiu-se que o curso de residência é um espaço privilegiado para a aproximação de recém graduados com o mundo do trabalho, contribuindo para o exercício do pensamento crítico e reflexivo, bem como para o amadurecimento do enfermeiro e construção de estratégias de enfrentamento de adversidades no cotidiano laboral. Sugere-se o acompanhamento dos egressos do curso de residência e a oferta de suporte acadêmico ao residente com o objetivo de fomentar o exercício da visão crítica acerca da realidade do mundo do trabalho.

Palavras-chave: Educação em enfermagem. Trabalho. Neoliberalismo.

ABSTRACT

PÔÇAS, Claudia Regina Menezes da Rocha. **Perspectives of newly-trained professionals of nursing residency about the contributions of the course to the experience of the working world**. 2018. 242 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

This is a qualitative, descriptive and exploratory research, with quantitative support, using the method of data triangulation. The object of this study addressed the coping strategies adopted by the newly-trained professionals of the nursing residency course regarding the adversities of the working world, considering the qualification process in the residency. The objectives of this study were: i) to identify the sociodemographic and working characteristics of the newly-trained professionals of a nursing course in the face of adversities in the working world; nursing residency; ii) to describe the perceptions of newly-trained professionals of a nursing residency course about the working work in health and nursing; iii) to analyze the coping strategies adopted by the newly-trained professionals of a nursing residency course to deal with the adversities of the working world; and iv) to discuss the contributions of learning in nursing residency to cope with adversities in the working world. The dialectical historical materialism was the theoretical-methodological framework that subsidized the research. The study was approved under the ERC opinion number 2.144.859. The participants were 106 newly-trained professionals who finished the course in the period from 2008 to 2014. The newly-trained professionals responded to a questionnaire about their work reality, and, among them, 24 gave semi-structured interviews, performed according to the requirements of Resolution 466, dated of 2012, during the period from February to April 2018. The method of data analysis was the hermeneutic-dialectical, which raised five analytical categories: a) The working world and its political, economic and technical-scientific complexity; b) Intervening factors affecting the daily work and its consequences for the worker; c) Impacts of the working world on the worker's subjectivity; d) Resources to cope with adversities in the working world; and e) The residency course beyond the working world: a contribution of personal nature. The results revealed the perception of the newly-trained professionals about the complexity of the health work at the macrostructural level, as well as the effects of the neoliberal ideology in the daily work. We identified reflections of the work developed in the subjectivity of the newly-trained professionals, based on elements producers of pleasure and suffering in the exercise of work, demonstrating the relationship between the working world and the nursing worker's health. The newly-trained professionals described coping strategies used to deal with adversities in professional practice, such as commitment to customer care and articulation with teams and users. Moreover, they emphasized the effective contribution of the residency course to their professional and personal development. We conclude that the residency course is a privileged space for the approximation of newly-trained professionals to the working world, contributing to the exercise of critical and reflective thinking, as well as to the maturation of the nurse and the construction of strategies to cope with adversities in daily work. We suggest the monitoring of the newly-trained professionals of the residency course and the offer of academic support to the resident, aiming at fostering the exercise of a critical view about the reality of the working world.

Keywords: Nursing education. Work. Neoliberalism.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quantitativo de residentes que concluíram o curso de residência de enfermagem entre os anos de 2008 a 2014..... 49

Quadro 2 – Quantitativo de questionários respondidos pelos egressos de um curso de residência em enfermagem..... 51

Quadro 3 – Distribuição do número de entrevistados por turma e por programa de um curso de residência de enfermagem..... 52

Quadro 4 – Variáveis sociodemográficas e ocupacionais utilizadas no estudo..... 59

Quadro 5 – Estrutura organizativa de categorias e subcategorias 84

Quadro 6 – Quadro geral de disciplinas do primeiro ano de residência e respectivas cargas horárias, números de créditos e departamentos responsáveis de um curso de residência no município do Rio de Janeiro..... 216

Quadro 7 – Quadro geral de disciplinas do segundo ano de residência e respectivas cargas horárias, números de créditos e departamentos responsáveis de um curso de residência no município do Rio de Janeiro..... 219

Quadro 8 – Carga horária das disciplinas práticas e teóricas nos primeiro e segundo anos de um curso de residência no município do Rio de Janeiro..... 222

Quadro 9 – Ementas de disciplinas teóricas nos primeiro e segundo anos de um curso de residência no município do Rio de Janeiro..... 223

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos egressos de acordo com a turma em um curso de Residência de Enfermagem – 2006 a 2014..... 61

Tabela 2 – Distribuição dos egressos de acordo com o programa cursado em uma Residência de Enfermagem – 2006 a 2014..... 61

Tabela 3 – Distribuição dos egressos de um curso de residência de acordo com a idade 62

Tabela 4 – Distribuição dos egressos de um curso de residência de acordo com o sexo..... 63

Tabela 5 – Raça/cor segundo autoreferência de egressos de um curso de residência de enfermagem..... 63

Tabela 6 – Natureza social das instituições de graduação os egressos de um curso de residência..... 64

Tabela 7 – Tempo de formados dos egressos de um curso de residência de enfermagem..... 66

Tabela 8 – Tempo de formados dos egressos de um curso de residência de enfermagem – Desvio padrão, mínimo, moda, mediana e máximo..... 66

Tabela 9 – Renda familiar, renda líquida e a representatividade da renda líquida sobre a renda familiar de egressos de um curso de residência em enfermagem..... 68

Tabela 10 – Número de dependentes da renda familiar de egressos de uma residência de enfermagem..... 69

Tabela 11 – Número de dependentes da renda familiar de egressos de uma residência de enfermagem – média, moda, mediana, mínimo, máximo e desvio padrão..... 69

Tabela 12 – Tempo de trabalho como enfermeiro de egressos de um curso de residência de enfermagem..... 70

Tabela 13 – Quantitativo e modalidade de vínculo empregatício de egressos de uma residência de enfermagem..... 71

Tabela 14 – Área de atuação profissional de egressos de um curso de residência de enfermagem..... 73

Tabela 15 – Carga horária semanal de trabalho de enfermeiros egressos de um curso de residência em enfermagem..... 74
Tabela 16 – Ocorrência de trabalho noturno por egressos de um curso de residência de enfermagem..... 75
Tabela 17 – Análise descritiva cruzada entre trabalho noturno e horas trabalhadas nos últimos 7 dias de egressos de um curso de residência em enfermagem..... 75
Tabela 18 – Avaliação de egressos de um curso de enfermagem acerca das condições ambientais do trabalho..... 76
Tabela 19 – Avaliação de egressos de um curso de residência sobre a disponibilidade de materiais de trabalho..... 77
Tabela 20 – Avaliação de egressos de um curso de residência sobre a adequação do quantitativo de técnicos de enfermagem na equipe de trabalho..... 78
Tabela 21 – Afastamento do trabalho referido por egressos de uma residência de enfermagem..... 79
Tabela 22 – Quantitativo de enfermeiros que se afastaram do trabalho e motivação de afastamento entre um grupo de egressos de um curso de residência em enfermagem..... 80
Tabela 23 – Oportunidade de capacitação promovida pelo trabalho de egressos de um curso de residência..... 82
Tabela 24 – Avaliação de egressos de um curso de residência sobre a possibilidade de tomar decisões e/ou participar de tomadas de decisão e de autonomia no trabalho..... 83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Amostragem Aleatória Simples
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDA	Coordenadoria de Desenvolvimento Acadêmico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEn	Coordenadoria de Enfermagem
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
CRM	Conselho Regional de Medicina
DCN/ENF	Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem
DESSAUDE	Departamento de Segurança e Saúde do Trabalho
ENF	Faculdade de Enfermagem
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIES	Programa de Financiamento Estudantil
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNE	Federação Nacional dos Enfermeiros
HU	Hospital Universitário
HUCFF	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
IES	Instituições de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Previdência Médica e Assistência Social
INC	Instituto Nacional de Cardiologia
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação
MP5	Multimídia Player cinco
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde

NAPPRE	Núcleo de Atendimento Psicopedgógico ao Residente
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONGs	Organizações Não Governamentais
OSS	Organização Social de Saúde
PICC	Catéter Central de Inserção Periférica
PNAUB	Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras
PROUNI	Programa Universidade para Todos
SENADEn	Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem
SISNEP	Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos
STAVE	Serviço de Treinamento e Avaliação de Enfermagem
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCM	Tribunal de Contas do Município
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	17
1	**BASES TEÓRICAS DO ESTUDO.**.....	26
1.1	**Os efeitos do modelo neoliberal e suas repercussões no trabalho em saúde e em enfermagem**.....	26
1.2	**A proposta do curso de residência em enfermagem**.....	31
1.3	**A residência em enfermagem e a imersão no mundo do trabalho**.....	36
2	**MÉTODO DE ESTUDO**.....	42
2.1	**Tipo de estudo**.....	42
2.1.1	Local de estudo.....	45
2.1.2	Participantes do estudo.....	48
2.1.3	Coleta de dados.....	53
2.1.4	Procedimentos ético-legais.....	55
2.1.5	Análise de dados.....	56
3	**RESULTADOS E DISCUSSÕES**.....	59
3.1	**Análise sociodemográfica e laboral**.....	59
3.1.1	Caracterização dos participantes do estudo.....	59
3.1.2	Perfil sociodemográfico.....	62
3.1.3	Perfil ocupacional.....	70
3.2	**Análise documental**	84
3.3	**Análise histórico-dialética**.....	84
3.3.1	1ª Categoria: o mundo do trabalho e sua complexidade política, econômica e técnico-científica.....	85
3.3.1.1	1ª Subcategoria: influência político-econômica e suas adversidades e consequências no mundo do trabalho.....	85
3.3.1.2	2ª Subcategoria: a configuração do cotidiano laboral e seus impactos para o trabalho de enfermagem.....	95
3.3.2	2ª Categoria: fatores intervenientes que afetam o cotidiano laboral e suas consequências para o trabalhador.....	109
3.3.2.1	1ª Subcategoria: violências sociais e laborais.....	109
3.3.2.2	2ª Subcategoria: Violência e sentimento de desvalorização.....	114
3.3.2.3	3ª Subcategoria: Formação acadêmica da enfermagem.....	121

3.3.3 3ª Categoria: Impactos do mundo do trabalho na subjetividade do trabalhador..... 127
3.3.4 4ª Categoria: Recursos para enfrentamento das adversidades do Mundo do trabalho..... 139
3.3.5 5ª Categoria: Curso de residência para além do mundo do trabalho: uma contribuição de caráter pessoal..... 155
3.3.5.1 1ª Subcategoria: Aquisição de conhecimento, desenvolvimento de habilidade e formação de atitudes..... 155
3.3.5.2 2ª Subcategoria: Curso de residência como importante modalidade de aprendizagem de enfermeiros..... 167
CONCLUSÃO..... 176
REFERÊNCIAS..... 183
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados – roteiro de entrevista..... 210
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados – questionário..... 211
APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido (versão presencial)..... 215
APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido (on-line)..... 216
APÊNDICE E – Disciplinas práticas e teóricas dos primeiro e segundo anos de um curso de residência em enfermagem..... 217
ANEXO A – Deliberação do curso de especialização em enfermagem na modalidade residência da instituição em estudo..... 230
ANEXO B – Parecer consusbstanciado do CEP..... 240

INTRODUÇÃO

O objeto e a motivação para a pesquisa

O objeto deste estudo investiga as estratégias de enfrentamento adotadas pelos egressos do curso de residência em enfermagem perante as adversidades do mundo do trabalho, considerando o processo de qualificação nesse curso.

A motivação para a realização desta pesquisa tem origem na minha prática profissional como enfermeira em um hospital universitário no município do Rio de Janeiro e a inerente tarefa de participar de processos educativos, considerando ser esta uma instituição de ensino superior (IES). Nesse sentido, desde a década de 1990 venho participando do processo de formação de graduandos e de pós-graduandos da universidade inseridos em cursos nas áreas de enfermagem, de serviço social, de medicina e de fonoaudiologia.

A proposta de hospitais universitários, segundo o Ministério da Educação e Cultural (MEC), é de que sejam centros de formação de profissionais e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde. Desse modo, cita-se que a prestação de serviços à população e a elaboração de protocolos técnicos à disposição da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) podem servir como estratégias de aprimoramento da aprendizagem. Por conseguinte, os programas de educação continuada devem oferecer oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde. Portanto, o cunho formador dos hospitais universitários exige que o seu corpo de trabalhadores tenha clareza da sua responsabilidade social pelo fato de tais hospitais serem referência para o desenvolvimento da assistência em saúde no SUS, bem como na formação e qualificação de profissionais.

Em 2008, assumi a coordenação do curso de residência de enfermagem naquele hospital universitário. Essa experiência possibilitou-me experenciar inquietudes em relação à qualificação em enfermagem e à vivência profissional de enfermeiros recém-graduados, em um universo laboral em intensas transformações e com estranhamentos, muitas vezes, desagradáveis para eles.

À coordenação da Residência em enfermagem compete gerenciar administrativa e pedagogicamente o curso, que tem o *status* de especialização *lato sensu*. As responsabilidades desse cargo são amplas, envolvendo a organização e a realização do processo seletivo, a implementação do curso, bem como o compromisso com o processo de avaliação e de

planejamento do mesmo. Além disso, a coordenação é responsável pela articulação com outros cursos de residência em saúde e de pós-graduação *lato e stricto sensu*, na instituição e externamente.

O exercício desse cargo vem contribuindo para ampliar a compreensão sobre a realidade de cursos de residência, analisando mais aprofundadamente a relação entre essa proposta de qualificação de enfermeiros e o atual contexto socioeconômico e da saúde no Brasil. Além disso, tem permitido identificar dificuldades e facilidades na execução desses cursos, potencialidades e fragilidades no processo de ensino-aprendizagem desenvolvidos nas residências.

As dificuldades cotidianas para o desenvolvimento das ações de assistência e educação de graduandos e profissionais fazem parte do cenário de instituições públicas formadoras brasileiras, na medida em que enfrentam a escassez de custeio e investimentos para a manutenção das suas ações.

O fenômeno de enxugamento da máquina pública vem se consolidando no Brasil ao longo de mais de trinta anos, por meio da implementação de diversas medidas que visam estabelecer a redução do papel do Estado e a transferência para o setor privado de muitas de suas responsabilidades, além do incentivo à lógica flexível do processo produtivo. Desse modo, os setores da saúde e da educação vêm sentindo os reflexos de tais medidas, as quais têm incidido sobre a qualidade da assistência em saúde e enfermagem e sobre o processo de formação da profissão (PIRES et al., 2014; FERNANDES; REBOUÇAS, 2013)

Nesse contexto, as repercussões do Estado Mínimo nos sistemas de saúde e educação determinam a precarização das condições de trabalho e a consequente diminuição de atendimento à população, a falta de recursos para a implementação de ações e projetos, enfim, a desestruturação de ações assistenciais em saúde e de processos educativos pelo sucateamento das instituições. No caso dos processos educativos no âmbito dos serviços de saúde, como no curso de residência, tal impacto redefine tanto as condições para o êxito da proposta educativa quanto as perspectivas futuras para inserção no mundo do trabalho.

Faz-se necessário pontuar a diferenciada situação dos hospitais universitários brasileiros, especialmente por ser, um deles, parte fundamental do contexto deste estudo.

Em nível mundial, os hospitais universitários têm perfil de atuação como Centros de Atenção à Saúde de Alta Complexidade (FASUBRA, 2008; MENEZES, 2017). No Brasil, “integram a rede do SUS mediante convênio, tendo preservada a sua autonomia administrativa, quanto aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados”(BRASIL, 1990, Art.45). No

que se refere à assistência em saúde, esses hospitais são responsáveis, segundo MENEZES (2017), por atender 90% da população brasileira em algum momento da vida, a partir da assistência prestada na média e alta complexidade, abrangendo ações nos âmbitos de internação clínica e cirúrgica, além de atendimento ambulatorial. Assume-se, portanto, que os HU e as universidades são espaços privilegiados para a produção de conhecimento e reflexão crítica.

Identifica-se como característica marcante desses hospitais a sua identidade dual, considerando que são unidades de saúde especializadas e também centros de formação de profissionais de saúde e de produção de conhecimento a partir da investigação científica, o que implica que sofrem interferência e influência de políticas públicas das áreas de saúde e de educação em seu funcionamento (MENEZES, 2017).Consequentemente, são atingidas pelos atuais efeitos do desmantelamento dessas duas vertentes da política pública no Brasil, ao serem atingidas pelo desmonte do financiamento e, por isso, sofrendo um elevado sucateamento dos serviços prestados, seja na modalidade do atendimento à saúde, ensino ou mesmo na produção de pesquisas.

Desde os anos 1990, a crise das universidades públicas vem sendo discutida. Sobre isso, Caldas Júnior (1999), ao analisar a “Crise da Universidade”, afirma que os hospitais universitários (HU) absorvem uma importante parcela dos recursos da universidade. Além disso, a queda dos salários dos funcionários, os cortes orçamentários, da deterioração do espaço institucional público e do estímulo ao crescimento dos seguros e serviços privados, deu-se o desmonte dessa instituição.

Soma-se a outros elementos o crescimento da demanda por atendimento nos HU, especialmente os de alta complexidade, aumentando ainda mais os custos (MENEZES, 2017). Configura-se, portanto, a situação complexa que envolve as universidades e seus HUs, ao vivenciarem problemas decorrentes, especialmente, do baixo financiamento por parte do poder público (ALVES et al., 2015).

Destaca-se o protagonismo do modelo neoliberal influenciando as gestões no serviço de saúde e no setor da educação, aí inseridos os HU cujas proposições objetivam reformar o Estado no que se refere ao bem-estar social, estabelecendo a globalização da economia, desregulamentação do mercado, contenção de gastos sociais, privatizações de serviços públicos e flexibilização do trabalho. Essas ações definem o Estado Mínimo, no qual a saúde e a educação são setores duramente afetados (MUNHOZ, 2009;).

Na década de 1990, a partir da necessidade de mundialização do capital, gerenciada pelos organismos internacionais, teve início o processo de contrarreforma brasileiro. Nesse

processo, a privatização foi o elemento articulador de estratégias, atendendo também às recomendações de organismos internacionais no sentido de racionar gastos na área social e fortalecer o setor privado na oferta de bens e serviços coletivos (SILVA, 2017).

Nessa década, o Brasil entrou em um período de nova adaptação às exigências do capital em meio a "uma situação social grave decorrente de seus indicadores políticos e econômicos" (MENEZES, 2017 p. 43). Dessa forma, o neoliberalismo é introduzido em associação com o discurso de necessidade de modernização do país (MENEZES, 2017).

Nesse momento, as ações implantadas pelo governo foram chamadas de reforma estrutural. Segundo Silva (2017), as propostas expressaram a retirada do Estado, atingindo as áreas sociais, como saúde e educação, nas quais foi propalada a superioridade do setor privado. Assim, a lógica privada dominou esses setores, do ponto de vista das políticas e práticas governistas, com destaque para a privatização do funcionamento e da produção de serviços, como também do corte de gastos sociais, justificado pela crise fiscal. Tais medidas alteraram a responsabilidade do Estado, transferindo-as para o campo privado ou para o setor público não estatal.

Esse panorama tem implicações sobre o processo de formação e qualificação de profissionais nos serviços que integram o SUS, além de redefinir a empregabilidade dos profissionais de saúde. Assim, verifica-se nos serviços públicos de saúde a diminuição de vagas no quadro de trabalhadores estatutários, não permitindo a completude do quadro de profissionais previsto para a assistência, sendo uma das estratégias de enxugamento da máquina pública adotadas pelo Estado brasileiro (ALVES et al., 2015).

Em minha vivência como coordenadora do curso de residência, tenho percebido também a crescente exigência do mercado de trabalho por maior qualificação do trabalhador. Assim, cada vez mais os profissionais se veem cobrados com relação a mais capacidade de trabalho, domínio de diversificadas tecnologias, competência para lidar com agentes estressores variados, habilidade para atuar em diversas áreas, entre outros.

Nesse contexto, há necessidade de garantir maior e permanente qualificação profissional para o conjunto dos trabalhadores em saúde, tanto na dimensão técnica quanto na ética-política e comunicacional (MARTINS; MOLINARO, 2013; ALVES, 2017; SARDINHA PEIXOTO et al., 2013). Pois, no mundo do trabalho atual, as complexidades dos objetos de trabalho demandam, ao mesmo tempo, o aprofundamento do conhecimento especializado, mas também outros conhecimentos que tornem o trabalhador resiliente e proativo diante das vicissitudes e das variabilidades do processo de trabalho. Soma-se a isso a

introdução de novos modelos organizacionais e gerenciais, definindo mudanças marcantes nos meios de trabalho, muitas vezes hostis aos trabalhadores (MOZINI, 2010).

No que se refere à qualificação de profissionais de saúde por meio de um curso de residência, faz-se necessário esclarecer que a proposta para tal curso define, apoiada na Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005, o cumprimento de 60 horas semanais, sendo que 80% dessa carga horária devem ser cumpridas em atividades práticas e teórico-práticas, e os 20% restantes deverão contemplar atividades teóricas (BRASIL, 2005). Evidencia-se, assim, o privilégio da imersão no processo de trabalho e a necessidade de reflexão sobre o quadro atual do mundo do trabalho, em especial, no que se refere ao trabalho em saúde e em enfermagem.

Tal legislação tem repercussões para os profissionais que estão cursando a residência, visto que é importante contextualizar que a referida carga horária é elevada, principalmente se for considerado que o processo de trabalho em saúde é desgastante em termos psicofísicos. Por exemplo, lida-se com a doença, a miséria, a dor e o sofrimento humano, o que são espoliantes para o processo de saúde-doença dos trabalhadores. Além disso, chama-se a atenção para o fato de que os alunos de um curso de residência são, em sua maioria, profissionais recém-graduados que ainda estão desenvolvendo estratégias de enfrentamento para essa elevada carga psíquica (TAVARES, 2014). Assim, permanecer no espaço de trabalho por tanto tempo é aumentar a possibilidade de sofrimento no e pelo trabalho dos residentes.

De outro modo, essa imersão prolongada no campo da prática também faz com que os residentes tenham estreito contato com as dificuldades que permeiam o processo e a organização do trabalho em saúde, referindo-se, por exemplo, à carência de material e de pessoal. Logo, percebe-se que a vivência diária dos processos de precarização da assistência e de sucateamento das instituições de ensino vem causando estranhamento, além de provocar sentimentos como desmotivação e indignação nesses enfermeiros. Tais sentimentos apontam também para o distanciamento dos ingressantes do curso de residência de discussões acerca das atuais transformações do mundo do trabalho.

Portanto, configura-se como uma demanda para a gestão pedagógica dos cursos de residência refletir sobre a abordagem da realidade do mundo do trabalho e seus impactos no trabalho em saúde e enfermagem, bem como na saúde dos profissionais.

O trabalho em saúde apresenta-se complexo, considerando as rápidas transformações do mundo laboral, a precariedade das condições de trabalho, a crescente flexibilização das relações de trabalho e a desregulamentação do trabalho assalariado, situações que têm seus

nexos na influência do modelo neoliberal e que, por sua vez, impactam na vida de trabalhadores e na organização social de um país (ANTUNES, 2005). Ademais, infere-se que o Sistema Único de Saúde (SUS), como consequência desse modelo, vem sofrendo também com o sucateamento das condições de assistência e a precarização do vínculo trabalhista. Por exemplo, evidencia-se a escassez de pessoal, que resulta na polivalência e na multifuncionalidade daqueles que permanecem na assistência; e o insuficiente quantitativo de recursos materiais, repercutindo na necessidade de adaptação e improvisação de materiais por parte dos profissionais, distanciando-os de um cuidado ideal (SOUZA et al., 2010).

Nesse momento, faz-se importante destacar o conceito de complexidade, que, de acordo com Minayo (2013), significa o entrelaçamento de causas. Um sistema complexo é constituído por um grande número de unidades inter-relacionadas e em amplo processo de interação. Seus comportamentos seguem dois padrões: mantêm uma estrutura permanente como também são instáveis, desordenados, caóticos e de difícil previsão.

A partir desse conceito, evidencia-se que a inserção no mundo do trabalho em saúde exige do profissional a compreensão das inter-relações dessa área, como elas se expressam no ambiente laboral e suas consequências para o processo de trabalho e para a vida dos trabalhadores.

Logo, a compreensão do contexto laboral torna-se uma demanda para o enfermeiro residente no sentido de refletir e criticizar sua inserção no mundo do trabalho em um meio adverso. Da mesma forma, as instituições que empreendem processos educativos de formação e de qualificação devem ter como propósito, a partir das atividades pedagógicas, estimular uma visão abrangente sobre o universo laboral, buscando aguçar a criticidade dos sujeitos. Assim sendo, os espaços de discussão nas aulas teóricas e no cotidiano do processo de trabalho favorecem a interação e a discussão entre enfermeiros residentes, entre estes e seus supervisores - preceptores, tutores e docentes -, e entre as equipes de enfermagem e de saúde.

Nesse mundo do trabalho complexo e frequentemente adverso, encontram-se os residentes de enfermagem, que vêm experienciando as consequências do modelo neoliberal no campo da saúde já durante a formação na graduação, uma vez que as práticas de cuidado à clientela são promovidas, em sua grande maioria, em hospitais públicos da rede de serviços do SUS. Em continuidade a esse processo, as atividades do curso de residência são exclusivamente realizadas no âmbito de unidades do SUS, locais onde se refletem igualmente condições precárias de trabalho.

Corroborando esse quadro complexo, assevera-se que o estado do Rio de Janeiro atravessa grave crise econômico-financeira que vem afetando diretamente suas unidades

organizacionais, expressando-se pelo deficit de insumos necessários à prestação dos serviços nas áreas de educação, saúde e assistência social, por exemplo. Além disso, verifica-se, desde o final de 2015, irregularidades no pagamento de salários aos servidores e o não pagamento de empresas que prestam diferentes serviços, como de alimentação, de conservação e limpeza, e de segurança patrimonial (BOLETIM SINTUPERJ, 2016).

Assim, o processo educativo dos enfermeiros inseridos em tal curso de residência vem sendo desenvolvido nesse contexto de grave crise econômica, pois a universidade que se responsabiliza por tal qualificação é pública e depende dos repasses do Estado para sua manutenção e ampliação das atividades ofertadas à população, sejam estudantes ou usuários dos serviços de saúde. E, nessa conjuntura em que se encontra a universidade, de não recebimento dos repasses de verba do governo, não há garantia para o pagamento de contratos firmados de limpeza, manutenção, segurança, recolhimento do lixo contaminado, bem como do pagamento das bolsas dos residentes, entre outros. Verifica-se, desse modo, o desestímulo dos profissionais no enfrentamento de tal realidade laboral e o elevado prejuízo às atividades de ensino em campo prático.

Nessa perspectiva, há de se considerar todas essas nuances que permeiam o mundo do trabalho em saúde para se pensar e desenvolver o processo de qualificação dos residentes a fim de que, ao finalizarem o curso, possam ter adquirido habilidades e competências para o enfrentamento das adversidades próprias de um ambiente de trabalho complexo e difícil. Assim, faz-se relevante reforçar que as características elencadas no mundo do trabalho atual configuram entraves e limitações para o enfermeiro recém-egresso de um curso de graduação no enfrentamento das adversidades impostas ao trabalhador (DE ARAÚJO RIBEIRO, 2011), e que os cursos de residência podem ajudar na formação de competências que assegurem uma melhor adaptação e transformação dessa realidade.

Ademais, assevera-se que as implicações do modelo neoliberal, aplicado ao setor saúde, ocasionam mudanças nas exigências para inserção e manutenção no mundo do trabalho. Dentre estas, tem-se a busca pela produtividade, o alcance de metas, elevadas qualificações, polivalência e multifuncionalidade, o que implica um perfil profissional de excelência para o desempenho das funções, além de novas competências, habilidades e atitudes (JODAS; HADDAD, 2009). Logo, infere-se que os residentes podem apresentar sinais de insegurança sobre sua perspectiva de adentrarem e se fixarem no mundo do trabalho, uma vez que são cobrados por exigências quase inatingíveis.

Acrescenta-se, como consequência do modelo neoliberal, a formação de um amplo exército de reserva da força de trabalho, o que resulta na diminuição dos salários, no

subemprego e no trabalho precário, além da dificuldade de se conseguir um emprego formal com garantias e direitos trabalhistas. Dessa forma, identifica-se que o ônus das transformações macroeconômicas vem recaindo também sobre o trabalhador de enfermagem. Assim, é preciso estar preparado pedagogicamente para contextualizar tal problemática com os residentes a fim de construírem conhecimentos, habilidades, atitudes e competências para lidarem com essa realidade insólita para que tenham melhores condições de transformá-la (LEME, 2010; MARTINS; MOLINARO, 2013; ALVES, 2017; SARDINHA PEIXOTO et al., 2013).

Nesse contexto, o residente necessita ter subsídios para refletir de forma crítica sobre esse contexto, considerando a perspectiva de sua inserção profissional no mundo do trabalho e a consequente vivência dos efeitos do modelo neoliberal no setor saúde. Especialmente por ser fundamental que atuando profissionalmente o enfermeiro egresso do curso em questão tenha clareza sobre o contexto acerca do trabalho na sociedade brasileira, no campo da saúde e na enfermagem. Tal compreensão pode colaborar para uma prática transformadora em seu cenário laboral.

Considerando essa contextualização inicial acerca do objeto de estudo, elaborou-se o seguinte problema de pesquisa: o curso de residência contribui para o enfrentamento das adversidades atuais do mundo do trabalho?

As respostas captadas para esse problema poderão fornecer dados que subsidiem processos de avaliação e planejamento de cursos de residência em enfermagem. Também poderão ajudar no processo de qualificação de enfermeiros e seu desenvolvimento no mundo do trabalho atual.

Questões norteadoras

Elaborou-se quatro questões norteadoras a fim de guiar a apreensão de respostas para o problema pontuado:

a) Quais são as características sociodemográficas e laborais de egressos de um curso de residência em enfermagem?
b) Quais são as percepções de egressos de um curso de residência sobre o mundo do trabalho em saúde e em enfermagem?

c) Que estratégias de enfrentamento são adotadas por esses egressos para lidarem com as adversidades do mundo do trabalho?
d) Quais são as contribuições do aprendizado no curso de residência em enfermagem para o enfrentamento das adversidades no mundo do trabalho?

Objetivos

Os objetivos propostos para este estudo são:

a) identificar as características sociodemográficas e laborais de egressos de um curso de residência em enfermagem;
b) descrever as percepções de egressos de um curso de residência em enfermagem sobre o mundo do trabalho em saúde e em enfermagem;
c) analisar as estratégias de enfrentamento adotadas pelos egressos do curso de residência de enfermagem para lidarem com as adversidades do mundo do trabalho;
d) discutir as contribuições do aprendizado no curso de residência em enfermagem para o enfrentamento das adversidades no mundo do trabalho.

A tese

Com base na contextualização elaborada acerca da problemática do estudo, o pressuposto empírico defendido é que o curso de residência de enfermagem oferece aproximação com a realidade do mundo do trabalho em saúde e na enfermagem, de forma a contribuir vigorosamente para o desenvolvimento profissional e permitindo a construção de estratégias de enfrentamento das adversidades do mundo laboral. Ademais, devido à característica do curso de imersão na prática profissional, proporciona aos residentes aprofundamento técnico-científico e amadurecimento da prática profissional.

1 **BASES TEÓRICAS DO ESTUDO**

A construção teórica deste estudo pretende contextualizar acerca de três grandes temas: (1) as repercussões do modelo neoliberal no trabalho em saúde e de enfermagem;(2) a proposta pedagógica do curso de residência em enfermagem; e, por fim, (3) discutir a atuação dos residentes no contexto do trabalho em enfermagem sob a lógica neoliberal.

1.1 **Os efeitos do modelo neoliberal e suas repercussões no trabalho em saúde e em enfermagem**

No cenário mundial, a partir da década de 1980, verifica-se a instalação de um fenômeno de ordem macroestrutural - o neoliberalismo. Inicialmente, a concepção neoliberal pressupõe a abertura indiscriminada do mercado nacional ao internacional. Entretanto, os princípios do neoliberalismo têm amplo impacto na esfera social, redefinindo a vida em sociedade e as relações de trabalho (ANTUNES, 2008). Dessa forma, as relações de trabalho sofreram inúmeras transformações, observando-se a elevação dos índices de desemprego estrutural e diferenciadas formas de contratação de trabalhadores, caracterizando a chamada precarização das relações de trabalho.

Percebe-se, portanto, que o neoliberalismo é mais que um modelo econômico, impacta na organização da sociedade e, por conseguinte, na organização do trabalho.

De acordo com Marx (2008), trabalho significa a relação do homem com a natureza por meio de um processo no qual o homem em sua ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Assim, a partir da ação consciente do trabalho, o homem é capaz de criar e recriar a sua própria existência, assumindo uma autonomia relativa, projetando, criando alternativas e tomando decisões (ANTUNES, 2008; KONDER, 1992).

Em uma perspectiva mais ampla e profunda, deve-se considerar o valor do trabalho para cada indivíduo, visto que, a partir dele, é garantida a sobrevivência, o despertar de potencialidades, o sentimento de realização pessoal e de satisfação. De acordo com Borges,

Moulin e Araújo (2001), além de promover a sobrevivência material do indivíduo, o trabalho é vivido como um ideal, uma possibilidade de ascensão, de reconhecimento pessoal.

O trabalho é capaz também de produzir satisfação e insatisfação, prazer e sofrimento, realizações ou embotamentos. Tais repercussões, positivas ou negativas, dependem da interação entre a organização do trabalho, as condições laborais e o processo de trabalho com as características do trabalhador (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2010).

O trabalho vem assumindo, assim, cada vez mais a centralidade na vida das pessoas.

Nesse sentido, faz-se relevante destacar o conceito de processo de trabalho, que, segundo Marx (2008), é o meio pelo qual a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação visa a um determinado fim. Portanto, os três elementos componentes do processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho; e os instrumentos ou meios do trabalho.

Assim, a relação dinâmica entre os elementos que conformam o processo de trabalho confere a ele a relevância de uma importante categoria para a compreensão dos fenômenos complexos que compõem o mundo do trabalho.

A dinâmica entre os elementos que compõem o processo de trabalho está imersa em uma organização que define a arrumação desses elementos, na qual destacam-se: (i) a filosofia, os objetivos e interesses da instituição empregadora;(ii) as propostas e metas a serem alcançadas por uma atividade específica de trabalho; (iii) os fatores ambientais; (iv) os recursos físicos; (v) os recursos materiais; e (v) a força de trabalho (SOUZA; SANTOS; MONTEIRO, 2001).

Logo, a organização do trabalho refere-se à divisão do trabalho em suas tarefas, repartições e cadência, como também à divisão entre os homens, com a repartição de responsabilidades, hierarquia, comando e controle. Destaca-se que essa organização influencia a vida dos trabalhadores, no que se refere ao conteúdo da tarefa e às relações humanas (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2010).

A organização do trabalho é alicerçada em modelos econômicos e atualmente verifica-se estabelecido o modelo neoliberal. Esse modelo tem origem no pensamento liberal, podendo ser inicialmente definido como a política econômica de abertura indiscriminada do mercado nacional ao internacional. Entretanto, este modelo não é apenas uma doutrina econômica, mas também uma filosofia social e de valores morais, que transformou radicalmente a vida na sociedade e as relações de trabalho (ANTUNES, 2011).

A partir dessas transformações no mundo do trabalho, o Estado brasileiro assume um perfil mais liberal no que se refere à desregulamentação do trabalho e ao bem-estar, acarretando um processo de precarização das relações de trabalho em variados setores, entre eles o da saúde (COSTA; TAMBELINI, 2009).

Dessa forma, as relações e condições de trabalho passaram por inúmeras transformações após a consolidação do processo de acumulação flexível, alicerçado nos preceitos neoliberais, e desencadeado nos anos 1990. Nesse contexto, a busca pela maximização do lucro desenvolveu nova forma para explorar e controlar a força de trabalho, verificada na desregulamentação dos direitos sociais e trabalhistas, na redução do quantitativo de funcionários, no aumentando da terceirização e da subproletarização, incentivando o trabalho precário e ampliando o desemprego estrutural (ANTUNES, 2011).

No trabalho em saúde e enfermagem, o modelo neoliberal também tem causado sérias repercussões. Verifica-se que as organizações de saúde, especialmente as de natureza pública, sofrem com os efeitos do enxugamento da máquina pública e com a redução da atuação do Estado em serviços básicos como a saúde, a educação, o transporte e a segurança. No caso do trabalho em saúde, observa-se a redução dos insumos hospitalares, gerando carências que prejudicam a assistência; constata-se o não investimento nos recursos humanos, tanto quantitativa quanto qualitativamente. Ademais, evidenciam-se o aumento do ritmo laboral e solicitação de polivalência e multifuncionalidade para o trabalhador, tensões e conflitos devido à precária condição de trabalho e à convivência desigual entre trabalhadores precarizados (terceirizados/cooperativados) e os trabalhadores estatutários (GONÇALVES et al., 2013).

Assim, a precariedade das condições laborais, a flexibilização das relações de trabalho e a desregulamentação do trabalho assalariado redefinem a vida em sociedade e impactam nas perspectivas profissionais e sociais dos indivíduos e coletivos profissionais. Dessa forma, apesar de assumir centralidade nas ações de saúde, o trabalho humano tem sofrido as repercussões dessa lógica, que conduz a força de trabalho a uma situação de insegurança e abandono (ANTUNES, 2005). Nessa perspectiva, evidenciam-se trabalhadores desgastados, estressados, adoecidos, dentre outras repercussões negativas no processo saúde-doença que provocam absenteísmo e presenteísmo (EBERHARDT; CARVALHO; MUROFUSE, 2005).

Outra repercussão do modelo neoliberal no trabalho em saúde caracteriza-se na supervalorização dos insumos e equipamentos de alta tecnologia, em detrimento da valorização do trabalho humano, das relações sociais saudáveis e da subjetividade do trabalhador. Desse modo, constatam-se algumas distorções na assistência em saúde, pois há

de relevar, principalmente, o fator humano nessa atividade para que ela ocorra com qualidade (ANTUNES, 2005).

Ademais, cita-se que, em decorrência do enxugamento da máquina pública, verifica-se na enfermagem a diferenciação das formas de contratação dos trabalhadores, como contratos temporários e terceirização que não garantem direitos sociais e trabalhistas aos profissionais. O valor da remuneração do trabalhador terceirizado/temporário é baixo, inferior à dos profissionais estatutários. E, diante dos baixos salários e de vínculos instáveis, os trabalhadores de enfermagem assumem múltiplos vínculos laborais para manter ou aumentar a renda, provocando também alta rotatividade dos trabalhadores nas instituições de saúde, que optam por buscar melhores condições de trabalho e melhor remuneração, em um ciclo ininterrupto de troca de trabalho (ANTUNES, 2008).

Desse modo, percebe-se que o ideário neoliberal para a exploração e controle da força de trabalho definiu a desregulamentação dos direitos trabalhistas e sociais ao incrementar o quantitativo de trabalhadores terceirizados e em situação de subproletarização, diminuindo o número de funcionários, intensificando o trabalho e definindo o trabalho temporário, caracterizando, assim, o trabalho precário e o desemprego estrutural (ANTUNES, 2008).

Nesse contexto, evidencia-se a falta de insumos materiais que, por sua vez, gera a prática de adaptar e improvisar materiais no trabalho em saúde e enfermagem. Tal situação interfere diretamente no trabalho da enfermagem, uma vez que essa prática resulta em gasto elevado de tempo, no desgaste psicofísico do trabalhador, no desperdício de recursos materiais e no aumento dos gastos hospitalares, retroalimentando a precarização das condições de trabalho (ANTUNES, 2005; SOUZA et al., 2010).

Coloca-se como um elemento relevante, nesse contexto, o aumento quantitativo de enfermeiros a partir do aumento do número de vagas em universidades públicas e a abertura de diversos cursos de graduação em universidades privadas. Esses fatos implicaram, nos últimos anos, em tornar a enfermagem uma das profissões mais numerosas do país, agregando um grande número de trabalhadores (SOARES; SILVA, 2014).

O grande quantitativo de enfermeiros, bem como a sua alocação desigual no território nacional, gerou consequências negativas à profissão e aos trabalhadores. Nesse sentido, verifica-se elevado subemprego, trabalhadores em situação de terceirização e cooperativados, tendo direitos trabalhistas comprometidos, péssimas condições de trabalho, grande carga horária de trabalho, além de severa e excludente competitividade profissional (SOARES; SILVA, 2014).

Essa situação coloca-se em perspectiva de agravamento, considerando que a necessidade material de sobrevivência leva muitos trabalhadores a se submeterem a empregos de baixa remuneração e inadequadas condições laborais, em um contexto de aumento da competitividade e de pouca oferta de empregos formais.

Nesse contexto, destaca-se o surgimento das Organizações Sociais de Saúde (OSS) nos serviços públicos de saúde. Essas organizações são caracterizadas por serem responsáveis pela gerência de unidade de saúde governamental a partir do processo de terceirização realizado pelo governo, o que vem acarretando diferentes tipos de vínculos empregatícios, passando a existir contratos com cooperativas, fundações privadas e Organizações Não Governamentais (ONGs) (ESPINSULA, 2008; PAHIM, 2009).

De acordo com Ibañez et al. (2001), os pilares do modelo da OSS foram definidos pela Lei Complementar n^{o}846, de 4 de junho de 1998, sendo caracterizada como

> [...] entidade de interesse social e de utilidade pública, associação civil sem fins lucrativos surgida pela qualificação de pessoas jurídicas de direito privado nas atividades de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde, podendo ainda, ser criada a partir da substituição de órgão público de qualquer figura jurídica, pela extinção da instituição e dos cargos públicos vagos e em comissão, com inventário do patrimônio (IBAÑEZ et al., 2001, p. 392).

Dessa forma, as OSS têm o poder de contratar funcionários sem concursos públicos e adquirir bens e serviços sem processos de licitação, além de não necessitarem prestar contas a órgãos de controle interno e externo à administração pública.

Assim, essa lei passa a possibilitar que tais organizações propiciassem condições para a implantação do Estado mínimo no Brasil, ao utilizarem mecanismos como (i) a terceirização/privatização dos serviços públicos, até então, sob responsabilidade do Estado; e (ii) a transferência de competências específicas da União também para entes privados. Ressalta-se que, para esse tipo de administração, há a prerrogativa de dispor de poupanças, bens, patrimônios, créditos e servidores públicos para gerir seus próprios interesses (REZENDE, 2008).

Nessa perspectiva, o governo, ao designar essas entidades, pretendia definir uma forma de retirar órgãos e competências da administração pública direta e indireta, além de garantir a transferência de seu ativo ao setor privado.

Considerando esse contexto, percebe-se a repercussão negativa da entrada das OSS para os trabalhadores, podendo-se observar (i) a contratação de mão de obra de forma precarizada; (ii) em baixa remuneração salarial; e em (iii) contratos temporários, sem direitos

trabalhistas, resultando no fim da estabilidade no emprego. Consequentemente, constata-se a baixa qualidade da assistência, a insatisfação dos trabalhadores e o alto índice e rotatividade dos profissionais.

De acordo com Cruz (2009), são aspectos essenciais para a precarização das condições e relações de trabalho: (i) a não obrigatoriedade de processo licitatório para compras e efetivação de contratos, apesar de receberem recursos do orçamento governamental; e (ii) o pagamento de vários atendimentos a partir do cumprimento de metas, implicando na perda de autonomia dos trabalhadores em definir a melhor forma de atender à demanda dos usuários.

Verifica-se um cenário perverso para os trabalhadores e usuários do sistema de saúde, para a assistência em saúde e para a formação e qualificação de profissionais, considerando que se escasseiam os profissionais bem qualificados; ocorrem altos índices de presenteísmo e absenteísmo; e há um permanente processo de precarização das condições de trabalho (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Evidencia-se, portanto, que a influência e aplicação dos preceitos neoliberais de administração no setor saúde não se revelam adequadas, interferindo na organização e no processo laboral, impactando nas dimensões social, cultural, política e econômica desses trabalhadores (GONÇALVES et al., 2014).

Desse modo, não há como desconsiderar a interferência do contexto macroestrutural nos processos assistenciais e educativos da universidade pública. Portanto, faz-se mister que o planejamento do curso de residência e sua execução levem aos residentes a reflexão sobre o contexto do trabalho em saúde com o objetivo de formar cidadãos enfermeiros com capacidade crítica e de transformação dessa realidade.

1.2 **A proposta do curso de residência em enfermagem**

No Brasil, a residência de enfermagem foi implantada no ano de 1961, em São Paulo, no Hospital Infantil do Morumbi, com o propósito de aperfeiçoamento de enfermeiros na área pediátrica (FRANCO; BARROS; NOGUEIRA-MARTINS, 2005). Essa proposta de aperfeiçoamento do curso referia-se ao aprimoramento técnico. De acordo com o autor, o curso de residência apresentava como foco central a adequação do processo de ensino-aprendizagem do curso às exigências do mercado de trabalho, preparando enfermeiros para atuarem em diversas especialidades na área da saúde.

A proposta do curso de residência associou a capacitação técnica a partir de uma imersão no processo de trabalho, desde o seu surgimento no final do século XIX, nos Estados Unidos, com o objetivo de permitir a complementação teórica e prática de sua formação. Essa modalidade visava médicos recém-formados, exigindo que residissem no hospital, por isso o nome de residência (LOPES, 1998).

O início da proposta deu-se na Johns Hopkins University, em 1889, na área de cirurgia, com a nomeação de médicos para trabalhar por um período de 4 a 6 anos com atribuições e responsabilidades progressivas na assistência pré e pós-operatória, além da realização de cirurgias. Em 1890, no hospital da mesma universidade, ampliou-se a proposta para a área de clínica médica e, a partir dessas experiências, o sistema de residência expandiu-se por todo o país a fim de elevar o padrão técnico da assistência médica americana. Em 1917, o curso de residência foi reconhecido pela Associação Médica Americana como um curso de pós-graduação *lato sensu* (AGUIAR; MOURA; SÓRIA, 2004).

No Brasil, a residência médica foi criada na década de 1940, disseminando-se rapidamente por todo o país. Nessa época, o Brasil atravessava importante crise social decorrente de baixos salários que colaboravam para o agravamento das condições de saúde da população, observando-se consideráveis investimentos estatais no campo da saúde, em especial, na construção de hospitais (UNIVERSIA, 2008).

Em concomitância, verificou-se o investimento do governo brasileiro no modelo biomédico de atenção à saúde, implementando um modelo hospitalocêntrico, medicalizante, investimento em especialidades e na assistência individual e curativa (BARROS, 2002).

Assim, os propósitos governamentais do investimento na formação e especialização de profissionais de saúde acompanham a lógica da proposta para a assistência, ou seja, formando profissionais para o exercício de uma assistência hospitalocêntrica, curativa e em áreas específicas, acompanhando as especialidades médicas (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

Com relação à formação e qualificação de médicos, observou-se intensa expansão de escolas de medicina e de cursos de residência. Nesse sentido, o surgimento da residência de enfermagem no Brasil dá-se em um momento de expansão da residência médica e acompanha a lógica de qualificação do profissional médico, ou seja, o perfil de especialista implementado para a qualificação do médico (VIANA, 1995; BOMFIM, 2015).

Sobre isso, Viana (1995) aponta que a lógica tecnicista, que pautava o desenvolvimento científico e tecnológico à época, colaborou para o direcionamento da enfermagem em sua formação e qualificação na década de 70.

A partir desse direcionamento, foram criados nessa mesma década sete cursos de residência de enfermagem, nas seguintes instituições (LOPES, 1998; FRANCO; BARROS; NOGUEIRA-MARTINS, 2005): Universidade Federal de Pernambuco (1974); Universidade Federal Fluminense (1975); Instituto Nacional de Previdência Médica e Assistência Social (INAMPS) (1976); ENSP/FIOCRUZ e Hospital Barros Barreto no Pará (1977); Universidade Federal da Paraíba e Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1978).

Dessa forma, a abertura de diversos cursos de residência em enfermagem configurou-se como um estímulo ao desenvolvimento do profissional enfermeiro, contribuindo para a especialização profissional e para a melhoria da qualidade da assistência em saúde e de enfermagem (LOPES, 1998; BARROS; MICHEL, 2000).

Ainda segundo Lopes (1998), em 1979, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) realizou um Seminário sobre residência de enfermagem, recomendando que as instituições a considerassem como uma modalidade de ensino de pós-graduação em nível de especialização, centrada em atividades práticas e integrando assistência, administração e pesquisa.

O investimento da ABEn em discutir a residência teve continuidade ao realizar, em 1994, por meio de sua Comissão Permanente de Educação, uma oficina de trabalho, reabrindo a discussão sobre residência de enfermagem no Brasil, analisando as experiências de residência de enfermagem no país e o impacto produzido por essas experiências na organização de serviços, no mercado de trabalho e na qualidade da assistência em saúde e em enfermagem.

O 1º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEn) no Brasil, em 1994, incluiu a residência de enfermagem como objeto de discussão, apresentando a preocupação da categoria com o surgimento de residências em serviços de saúde sem vinculação com instituições formadoras (MOURA et al., 2006).

Em 1998, o 3º SENADEN discute a definição das residências como cursos de especialização *lato sensu* e, entre outros assuntos, estabeleceu-se um perfil para o profissional especialista como sendo um enfermeiro capaz de desenvolver novas tecnologias e atender às demandas emergentes de saúde (LOPES, 1998).

Em 1997, o Fórum de Diretores de Escolas de Enfermagem do Rio de Janeiro discutiu a situação das residências, apresentando um panorama dos programas de residência desenvolvidos no Rio de Janeiro, além de discutir algumas distorções, chamando os enfermeiros responsáveis e integrantes dos programas a atentarem para alguns elementos: (i) a

carga horária excessiva que o residente teria que cumprir; (ii) a apropriação indevida de sua força de trabalho pelas instituições de saúde; e (iii) a inadequação do processo avaliativo.

De acordo com Mancia, Padilha e Reibnitz (2002), a discussão abrangeu também a defesa da regulamentação da residência de enfermagem como um curso de especialização *lato sensu*. O fórum recomendou à ABEn, ao Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e à Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE) analisarem o projeto de lei sobre o assunto que tramitava no Congresso Nacional. Assim, definiu-se como urgente a participação de preceptores em cursos de educação continuada com vistas a melhor orientarem os residentes sob sua responsabilidade e que instituições de saúde revissem o quantitativo de enfermeiros, no sentido de viabilizar mais efetiva supervisão de residentes (MANCIA; PADILHA; REIBNITZ, 2002).

No ano de 2005, o governo federal, em uma ação interministerial envolvendo o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC), institui a "Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde" (BRASIL, 2005, art.13).

A partir dessa definição, é criado um arcabouço legal a fim de organizar administrativa e pedagogicamente os cursos de residência em saúde no país. Tais definições vêm sendo aprimoradas com vistas a subsidiar a qualificação do curso de residência.

A residência em estudo é oferecida desde 1978 e, ao longo do tempo, sofreu diversas modificações, por exemplo, no que se refere às especialidades dos programas e à duração do curso. Sua principal característica no período entre 1978 e outubro de 2010 era a organização do processo de ensino-aprendizagem por enfermeiros atuantes no hospital universitário (HU) da universidade, os preceptores, ou seja, até esse momento, apesar da atuação direta no HU, desenvolvendo atividades com graduandos, os professores da Faculdade de Enfermagem (ENF) não atuavam com os residentes ou mesmo na realização de atividades referentes ao curso de residência. A certificação emitida era de treinamento em serviço, tendo aval da Coordenadoria de Enfermagem (COEn), por meio do Serviço de Treinamento e Avaliação de Enfermagem (STAVE), e da Coordenadoria de Desenvolvimento Acadêmico (CDA) do HU.

Ao longo de alguns anos, houve um processo de entendimentos e de construção de um projeto do curso entre a Coordenadoria de Enfermagem (COEn) do HU e a direção da ENF para a implantação da residência de enfermagem sob responsabilidade acadêmica dessa faculdade. Assim, em outubro de 2010, foi publicada a primeira deliberação da universidade

que autorizava o curso de residência de enfermagem na instituição, sob responsabilidade da referida unidade acadêmica, definindo-o como um curso de pós-graduação *lato sensu*.

A segunda versão da deliberação do curso, publicada no ano de 2012 (UERJ, 2012), define que a residência de enfermagem é um curso de pós-graduação *lato sensu*, caracterizado por ensino em serviço, conforme disposto na Resolução CNE/CES nº 01/07 (BRASIL, 2007) e na Deliberação institucional nº 026, de 10/10/2012 (UERJ, 2012) (ANEXO A). É regida de acordo com as normas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) (BRASIL, 2001, 2005, 2007, 2009a, 2009b, 2011, 2015) e do Regimento Único dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da Universidade em tela. Resolve que o ensino em serviço será realizado nas dependências do HU da instituição e/ou instituições próprias ou conveniadas com a universidade sob a responsabilidade administrativa e pedagógica da ENF, com apoio técnico pedagógico de seus departamentos, da COEn e da CDA. Nos cenários de prática, os residentes estarão sob a orientação e coordenação do corpo docente da ENF, dos tutores e dos preceptores do HU e/ou outros designados para tal.

Transcorridos quase 40 anos, os cursos de residência em área profissional da saúde, incluindo a enfermagem, e cursos de residência multiprofissional em saúde estão regulamentados (BRASIL, 2005, 2011, 2015) pelo governo federal.

Em 2014, o COFEn expede a Resolução Cofen nº459 (BRASIL, 2014), definindo as regras para emissão do certificado de especialista em enfermagem aos egressos dos cursos de residência de enfermagem em área profissional da saúde e de residência multiprofissional em saúde. A referida resolução é emitida com a revogação de outros documentos emitidos pelo conselho na tentativa de regulamentar a residência de enfermagem desde 1994. Nesse sentido, de acordo com o COFEn, os cursos de residência em enfermagem deverão obedecer às disposições legais e normativas interministeriais expedidas pelo MEC e MS.

No que se refere às discussões empreendidas pela enfermagem ao longo dos anos acerca do curso de residência, atualmente, ainda persiste a insatisfação, em especial dos residentes, com relação à elevada carga horária de 60 horas semanais (BRASIL, 2005) e ao regime de dedicação exclusiva. A dedicação exclusiva à residência impede a busca de vínculo empregatício, que criaria perspectivas de trabalho após o encerramento do curso. Além disso, os residentes argumentam que o desgaste físico, mental e emocional ocasionado pela extensa carga horária, associados à vivência de condições precarizadas no ambiente de trabalho, prejudicam o aprendizado e ocasionam o desinvestimento no curso.

Ainda persiste a discussão apontada por Alcoforado et al. (1978) acerca de os residentes serem encarados como uma mão de obra qualificada, contabilizada como força de trabalho e pertencente à equipe. Sobre isso, analisa-se que é fato a substancial contribuição dos residentes às ações assistenciais, diante da diminuição do número de profissionais nos serviços de saúde, devido à escassez de concursos públicos e a não reposição das vagas em vacância por aposentadorias, demissões e falecimentos.

Ressalta-se que a regulamentação do curso pelo governo federal, os questionamentos dos residentes em todo o Brasil e o debate do coletivo de atores da residência (residentes, preceptores e coordenadores) no país têm sido fundamentais para a reorganização das residências em direção ao cumprimento do papel do curso em qualificar profissionais, ou seja, uma proposta de ensino-aprendizagem com o diferencial de ser forjada no contexto do trabalho.

Diante de todos esses elementos, assume-se o curso de residência de enfermagem como uma modalidade de ensino de intensa interface com o trabalho e, como tal, deve ser investigada em sua proposição político-pedagógica para a enfermagem, devidamente contextualizada no modelo social, político e econômico vigente em nossa sociedade, o neoliberalismo.

1.3 **A residência em enfermagem e a imersão no mundo do trabalho**

Um curso de residência caracteriza-se essencialmente por desenvolver ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de dois anos, perfazendo um total de 2.880 horas anuais (BRASIL, 2001, 2005, 2009a,2009b; UERJ, 2012). As atividades do curso devem ser "[...] desenvolvidas em regime de dedicação exclusiva e realizadas sob supervisão docente-assistencial [...]" (BRASIL, 2005, p. 2).

A conclusão do curso é condicionada ao cumprimento integral da carga horária prática do programa; ao cumprimento de um mínimo de 85% da carga horária teórica e teórico-prática; e a apresentar, individualmente, um trabalho acadêmico para a conclusão do curso (BRASIL, 2010; UERJ, 2012).

As atividades do curso devem ter sua carga horária destinada em 80% (oitenta por cento) para as atividades práticas e teórico-práticas, e 20% direcionadas às atividades teóricas (BRASIL, 2010, 2014; UERJ, 2012). Assim, o residente de enfermagem desenvolve o curso

ao longo de dois anos, realizando atividades essencialmente práticas em um crescente de complexidade dentro da especialidade na qual optou por se capacitar.

Comumente, um curso de residência tem como maior contingente do corpo de discentes profissionais recém-formados. Portanto, entende-se que um profissional recém-formado apresenta características como insegurança acerca do mundo do trabalho em saúde, conhecimento pouco aprofundado acerca da organização do trabalho hospitalar, habilidade técnica pouco desenvolvida, além da necessidade de ampliar o conhecimento teórico (BRASIL, 2006).

As disciplinas teóricas devem configurar-se como apoio e suporte teórico às exigências de conhecimento científico atualizado e também como espaço de reflexão sobre o processo de trabalho empreendido pela enfermagem nos cenários de prática, o que se infere poder fortalecer a coesão entre os trabalhadores da enfermagem na busca de se reorganizarem e contribuir para o amadurecimento dos recém-formados acerca da realidade do mundo laboral (VERIGUINE et al., 2010; BRASIL, 2010).

Nesse sentido, a discussão promovida nas aulas teóricas e as ocorridas em equipe no cotidiano do trabalho podem redefinir a compreensão dos residentes acerca do mundo laboral e estimular a definição de atitudes diante dessa árida realidade. No espaço de reflexão, teórica ou em equipe, dá-se a possibilidade de encontro entre pares para a troca de saberes, experiências, o aprimoramento do conhecimento e a discussão sobre o trabalho desenvolvido. Tal iniciativa pode proporcionar a criação e aquisição de uma certa autonomia. Assim sendo, é importante que a organização laboral contribua para estas atividades de reflexão (MARTINS; ROBAZZI; BROBOFF, 2010).

De outro modo, se o foco do curso estiver, especialmente, na aquisição de conhecimentos técnicos, pouco valorizando a discussão e a problematização sobre o processo de trabalho, isso pode colaborar para que os residentes se sintam desestimulados diante dos desafios do início de suas atividades no meio laboral pela pouca compreensão sobre a realidade e os desafios impostos pelo mundo do trabalho. Logo, infere-se que no curso em tela há um distanciamento entre teoria e prática.

No contexto da rede pública de saúde que sedia a atividade dos cursos de residência na área de saúde, enfermeiros residentes e preceptores enfrentam um cenário de escassez de insumos e de profissionais, além de deteriorada infraestrutura para o exercício das atividades referentes ao processo de ensino-aprendizagem. Portanto, tem caráter especial considerar a situação de precarização do trabalho em saúde, que contribui com ansiedades, angústias e

estresse a todos os atores envolvidos no processo de interface entre educação e trabalho no cenário da assistência em saúde.

Nesse contexto, os residentes, em sua maioria recém-formados, tentam estabelecer um elo entre o conhecimento adquirido na graduação e a realidade da prática cotidiana nos serviços. Verifica-se, então, um distanciamento entre a organização do trabalho prescrito e a organização do trabalho real (MARTIN; ROBAZZI; BROBOFF, 2010).

De uma forma geral, no trabalho da enfermagem, percebe-se processos de trabalho confusos, interditados, por exemplo, por demandas de atendimento às necessidades de outros profissionais, o que repercute negativamente na demanda laboral da enfermagem, na qualidade da assistência e no processo de ensino-aprendizagem. Tal situação impacta o aprimoramento da prática profissional técnica e cientificamente, além da pouca valorização da análise crítica acerca da posição e postura da enfermagem nesse contexto.

Dessa forma, não há espaço para o desenvolvimento da *praxis*, entendida como reflexão teórica sobre a prática, orientando a reformulação de ambas (SILVA et al., 2010), visto que apenas a inserção no dia a dia dos serviços, nos processos de trabalho das equipes, não garante uma prática reflexiva e transformadora. A definição dos serviços de saúde como cenários de ensino-aprendizagem busca propiciar o aprimoramento técnico e relacional, além de colaborar para a vivência crítica da realidade laboral, entretanto não é sinônimo de mudanças concretas que garantam a promoção da prática reflexiva sobre o processo de trabalho.

Identifica-se, na visão de muitos preceptores, que a prerrogativa de que 80% (oitenta por cento) da carga horária total do curso seja direcionada a atividades práticas (BRASIL, 2005, 2007, 2010) se justifica por ser a imersão na prática assistencial importante para o aprimoramento de habilidades dos enfermeiros residentes, especialmente porque muitos chegam ao curso bastante imaturos tecnicamente. Além disto, ressalta-se que é necessário aos residentes se prepararem para o atendimento às demandas do mercado, expectativa endossada pela maioria dos residentes.

Entretanto, embora seja de fato uma excelente oportunidade de aprimoramento técnico, é necessário refletir que esse curso não pode encerrar suas perspectivas na instrumentalização para atuação no mercado de trabalho, mas oportunizar uma participação no processo de trabalho da enfermagem que propicie também a reflexão crítica sobre ele e o esboço de uma prática transformadora na atenção à saúde e para o exercício da enfermagem.

O compartilhamento de saberes e experiências na vivência de situações semelhantes, somado ao saber técnico-científico, proporciona reflexões sobre os fatos, ampliando a

compreensão de si e do mundo, subsidiando criar, recriar, inventar formas de enfrentamento às variadas situações do viver cotidiano (TOZETTO, 2011).

Na análise da dialética homem-mundo, infere-se que o homem se realiza pelo trabalho, mas também se admite que pode alienar-se nele. Desse modo, o processo de trabalho pode escapar ao domínio dos profissionais e aliená-los (GADOTTI, 1990).

A problemática da alienação no contexto em análise pode auxiliar na compreensão das diferentes manifestações por parte de preceptores e residentes, por exemplo, quando preceptores supervalorizam a prática assistencial, sem aliá-la ao processo reflexivo. Isso pode ocorrer devido ao fato de essa prática ser interditada pelas características do modelo neoliberal no campo da saúde, expressando a compreensão de que um curso de residência deve desenvolver-se, oferecendo aos profissionais novatos, essencialmente, o exaustivo exercício de habilidades técnicas, capacitando o residente para o mercado de trabalho.

Percebe-se a queixa de residentes de que a imersão nas atividades assistenciais se processa de forma mecânica, repetitiva, sem planejamento, exaustiva e desconectada da teoria, sendo, portanto, desinvestida de avaliação crítica. Nesse sentido, compreende-se essa queixa dos residentes como expressão da insatisfação com o modelo do processo de trabalho, no qual é possível identificar a cisão entre a reflexão e a execução das atividades.

O processo de trabalho da enfermagem ainda conta com forte influência da lógica capitalista de organização do trabalho, com base no parcelamento da tarefa, na especialização e separando as ações de concepção, decisão e coordenação de tarefas (ORO; MATOS, 2013)

Nesse sentido, superar a fragmentação do trabalho se constitui ainda como um desafio no trabalho da enfermagem, visto que esse modelo de produção de cuidados de enfermagem tem evidenciado ser insuficiente diante das múltiplas necessidades do indivíduo (ORO; MATOS, 2013).

Ademais, percebe-se o surgimento de indicativos e experiências diferenciadas de organização do trabalho visando à assistência integral, especialmente pela compreensão dos profissionais de que é necessário oferecer um cuidado de enfermagem que atenda aos princípios da assistência integral, comtemplando as necessidades do indivíduo (ORO; MATOS, 2013; BARATIERI; MARCON, 2012).

Com relação às atividades teóricas, os residentes solicitam o incremento e o cumprimento efetivo das atividades teóricas previstas, ressaltando a desvalorização dessa parte do curso por alguns preceptores em detrimento do valor conferido às atividades práticas.

Deve-se ter em conta que os enfermeiros preceptores, quantitativamente insuficientes, desenvolvem, além das atividades assistenciais e gerenciais do setor, a supervisão de residentes e, por vezes, de internos.

A grande maioria de preceptores e tutores, sujeitos diretamente responsáveis pela condução das atividades dos residentes nas unidades, são chefes das unidades assistenciais, tendo o horário das 7 às 13 horas para o desenvolvimento de suas diversificadas atividades. Tal condição é agravada pelo contexto precarizado de sua prática laboral. Assim, a diminuição do quantitativo de profissionais, a responsabilidade do atendimento às necessidades da unidade e, por vezes, a participação em grupos de trabalho institucionais resultavam, durante muito tempo, em que parte das atividades teóricas se efetivasse aquém do que é programado e necessário.

A realidade de oferta de aulas teóricas modificou-se a partir do ano de 2015 com a inserção na ENF de 30 professores concursados. Tais professores inserem-se nos cenários de prática, conjugando atividades com residentes e internos de enfermagem, além de serem responsáveis por disciplinas teóricas.

É necessário considerar também que muitas oportunidades de participação em atividades teóricas que podem subsidiar o debate e a reflexão sobre a prática são pouco valorizadas pelos residentes, na medida em que se verificam significativos atrasos, ausências, pouca participação e pouco investimento no debate. Infere-se que tal comportamento se dê por estresse, cansaço físico e desgaste emocional decorrentes das características explicitadas sobre a prática assistencial, além da baixa compreensão desses momentos como propícios ao amadurecimento acerca de fatos e da lógica do mundo laboral em saúde e em enfermagem.

É nesse contexto complexo que se insere a qualificação de enfermeiros no âmbito do curso de residência em enfermagem. Assim, além de proporcionar a construção de novos conhecimentos, o desenvolvimento de novas habilidades e o aprimoramento das já adquiridas, como elementos inerentes à profissão de enfermeiro, fragiliza-se a capacidade do curso de residência em concorrer para o desenvolvimento de atitudes que resultem na construção de uma prática de enfermagem crítica e transformadora (MITRE, 2008). Evidencia-se, portanto, uma situação complexa, especialmente em um contexto de diferentes atores, que expressam visões de mundo com diferentes ideologias, até mesmo contrárias. Dessa forma, identifica-se diferenciadas compreensões sobre o processo de ensino-aprendizagem de enfermeiros a partir da imersão no cotidiano do trabalho, como caracterizado na residência.

Por essa razão, é importante a reflexão de que a educação transcende a escola e deve estar articulada com processos socais de transformação. Desse modo, são as necessidades e

demandas sociais que definem parâmetros para a formação e a qualificação de profissionais. Portanto, além de uma atitude positiva e proativa diante do trabalho, o profissional precisa ter capacidade de negociação para o enfrentamento das diversas ordens de dificuldades (MITRE, 2008).

Assim sendo, diante das incertezas do mundo do trabalho e da volatilidade das formações profissionais, torna-se importante cada vez mais oferecer aos estudantes uma formação cultural sólida e ampla, quadros teóricos e analíticos gerais, uma visão do mundo e de suas transformações, de forma a estimular o desenvolvimento do espírito crítico, da criatividade e da disponibilidade para a inovação (GADOTTI, 1990; MITRE, 2008).

2 **MÉTODO DO ESTUDO**

2.1 **Tipo de estudo**

Compreende-se como pesquisa um procedimento racional e sistemático que objetiva proporcionar respostas a problemas que são propostos. Desenvolve-se por um processo constituído por meio de várias etapas, desde a formulação do problema até a apresentação e discussão dos resultados (GIL, 2007; MINAYO, 2013).

Pesquisar constitui-se, de acordo com Minayo (2013), como uma atitude e uma prática teórica, sendo uma atividade de aproximação sucessiva da realidade. Portanto, é um processo permanente que associa teoria e dados, pensamento e ação para se chegar à construção do conhecimento acerca de determinado fenômeno.

Minayo (2013) define como metodologia da pesquisa a apresentação, de forma abrangente e concomitante, de (i) discussão epistemológica requerida pelo objeto sobre o caminho do pensamento; (ii) métodos, técnicas e instrumentos operativos a serem utilizados na investigação de forma adequada e justificada; (iii) criatividade do pesquisador, sendo esta a específica forma do investigador em articular teoria, métodos, achados experimentais, observacionais ou de qualquer outro tipo específico de resposta às indagações científicas.

Para desenvolver a proposta deste estudo, optou-se por uma abordagem metodológica qualitativa, com apoio quantitativo, de natureza descritiva e exploratória.

Definiu-se a abordagem qualitativa devido ser capaz de conhecer, compreender, significar e interpretar os aspectos importantes do comportamento dos sujeitos. As pesquisas qualitativas atentam para a realidade que não pode ser quantificada e, a partir do universo das relações humanas, das ações, buscando conhecer sobre as experiências de vida dos indivíduos (MINAYO, 2013).

Na medida em que o objeto deste estudo envolve a compreensão de egressos de um curso de residência em enfermagem acerca das adversidades do mundo do trabalho em saúde e enfermagem, considera-se adequada a abordagem investigativa qualitativa, pois, além de investigar sobre seus valores, crenças, vivências pessoais e atitudes, esta apoia-se na abertura,

flexibilidade, capacidade de observação e de interação entre investigadores e atores sociais envolvidos (MINAYO, 2013).

O estudo inscreve-se como descritivo, na medida em que busca conhecer a realidade em suas características. Esse tipo de pesquisa propõe-se a colaborar para a compreensão da realidade e busca aprofundar o conhecimento sobre determinada realidade, descrevendo os fatos e fenômenos acerca do objeto investigado (TRIVIÑOS, 2011).

Nesse sentido, a abordagem descritiva do objeto relaciona as características de uma população, de um fenômeno com características comuns, ao identificar opiniões, crenças e atitudes. Logo, é possível identificar uma visão acerca de um determinado problema ou proporcionar uma nova visão acerca do problema encontrado, como pretendido neste estudo (GIL, 2007).

De acordo com Gil (2007, p. 27), as pesquisas exploratórias são realizadas tendo como "[...] principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos e/ou hipóteses pesquisáveis em estudos posteriores [...]". Nessa perspectiva, o estudo em questão pretende aproximar-se de um objeto ainda pouco estudado, delimitando uma visão ampliada sobre o assunto.

Quanto ao apoio quantitativo, este foi selecionado para a identificação do perfil sociodemográfico dos egressos. Conceitualmente, a pesquisa quantitativa está baseada no pensamento positivista lógico, inclinando-se a destacar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os elementos que podem ser mensurados na experiência humana. Considera que a realidade apenas é compreendida a partir da análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Assim sendo, a utilização da pesquisa qualitativa com abordagem quantitativa permitiu recolher mais informações sobre os egressos do que se poderia conseguir isoladamente (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

A investigação das estratégias de enfrentamento adotadas pelos egressos do curso de residência em enfermagem perante as adversidades do mundo do trabalho é um tema que merece ser investigado, considerando a escassez de estudos sobre o tema. Portanto, a estrutura metodológica adotada configura-se como pertinente a essa proposta de pesquisa, na medida em que se pretende aprofundar a análise do objeto de estudo, considerando os aspectos histórico, social, político e econômico que permeiam o objeto de estudo, focando na dialética que envolve o contexto.

Como uma das estratégias para apreender essa dialética foi aplicado o método da Triangulação de Dados. Tal método é considerado um procedimento que aumenta a

credibilidade da pesquisa, proporcionando uma base de convergência sobre o fenômeno estudado. Refere-se ao uso de múltiplos métodos, técnicas de coleta ou fontes de dados, com o intuito de minimizar as deficiências referentes a uma investigação ou de uma metodologia (AZEVEDO et al., 2013).

De acordo com Azevedo et al. (2013), nas ciências sociais e humanas, o termo "triangulação" é utilizado considerando o pesquisador situado em um ponto de vista, porém ele precisará se posicionar em outros dois pontos de vista, no mínimo, a fim de ajustar a adequada "distância e angulação" dos conceitos, e se colocar definitivamente após a análise destes. Assim, o pesquisador tem possibilidade de coletar dados de diferentes formas, explorando-os por métodos distintos ou até mesmo compartilhando com diferentes pesquisadores o estudo de um mesmo fenômeno.

Em 1959, o termo "triangulação" foi utilizado na área da psicologia por Campbell e Fiske, que se propuseram a testar empiricamente os resultados obtidos em suas pesquisas, utilizando diferentes técnicas quantitativas. Poucos anos mais tarde, em 1966, Webb et al. retomaram a ideia de Campbell e Fiske reproduzindo-a em um contexto mais amplo, advogando que a obtenção de dados de diferentes fontes e a sua análise melhoraria a validade dos resultados (TEIXEIRA; NASCIMENTO; ANTONIALLI, 2010).

De acordo com Teixeira, Nascimento e Antonialli (2010), com base nos estudos de Dezin (2000), existem quatro tipos básicos de triangulação: (i) de dados, em que há a possibilidade de se combinar diferentes dados para uma mesma análise relativos ao tempo, espaço e pessoa; (ii) de investigadores, quando se utiliza múltiplos observadores na pesquisa; (iii) de teoria, quando se conjuga diferentes perspectivas teóricas para a análise de um mesmo fenômeno, utilizando múltiplas técnicas dentro de um mesmo método tanto para a coleta quanto para a análise dos resultados; e, finalmente, (iv) de métodos, podendo apresentar-se em dois tipos: entre métodos ou intramétodos, os quais se referem a uma validação externa dos dados, utilizando dois ou mais métodos distintos;

Nesse sentido, Tuzzo e Braga (2015) apresentam a visão a partir da qual é possível investigar um fenômeno, considerando as possibilidades de coleta e métodos de análise diferenciados que a pesquisa qualitativa oferece em seu campo de ação. Segundo os autores, a multiplicidade de coleta e análise ofertada pela pesquisa qualitativa gera possibilidade de triangulação.

Distinguindo subtipos de triangulação de dados, Denzin e Lincoln (2000), de acordo com Azevedo et al. (2013), propôs que se estude o fenômeno em tempos (explorando as

diferenças temporais), espaços (locais como forma de investigação comparativa) e com indivíduos diferentes.

Nesse contexto, a partir dos elementos apontados, a triangulação de dados é a definição do método deste estudo, ao optar captar a visão dos egressos por meio de (i) entrevistas, associando com informações provenientes; de (ii) documentos institucionais referentes ao curso de residência; e conjugado o uso de (iii) questionário visando apreender dados sociodemográficos e ocupacionais desses egressos.

2.1.1 Local de estudo

Foram locais deste estudo um hospital de grande porte e uma faculdade de enfermagem (ENF), ambos pertencentes à universidade que chancela o curso de residência em enfermagem. Optou-se por tais locais porque são nesses espaços que se qualificam os residentes, além disso, são nestes que se armazenam os documentos que foram relevantes para complementar e enriquecer a coleta de dados.

O hospital insere-se no sistema de saúde prestando assistência de média e alta complexidades, em nível ambulatorial e de internação. Atualmente, conta 435 leitos disponíveis e 153 interditados temporariamente, de acordo a administração do hospital. No entanto, antes da crise do estado do Rio de Janeiro, já contabilizou 550 leitos. O conjunto de profissionais de saúde é composto por diversas profissões e suas especialidades, desenvolvendo ações de assistência aos usuários do SUS; de ensino, distribuídas nos cursos de graduação e pós-graduação da universidade; e de pesquisa. As atividades de ensino e pesquisa abrangem também intercâmbios com instituições de outros estados brasileiros e com instituições internacionais.

Esse nosocômio foi inaugurado no ano de 1950, compondo, então, a rede hospitalar da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Em 1962, tornou-se um hospital-escola e, em 1975, adotou o perfil de um hospital de atendimento geral, em decorrência do convênio firmado com o Ministério da Educação e Previdência Social (Convênio MEC-MPAS), atendendo às necessidades da população do estado. Atualmente, é referência em uma série de especialidades, caracterizando-se como um importante núcleo nacional de formação de profissionais na área da saúde. Assim sendo, tem como missão prestar assistência integrada,

humanizada e de excelência à saúde, sendo agente transformador da sociedade através do ensino, pesquisa e extensão.

As atividades de ensino e pesquisa são estratégicas à missão de um hospital universitário (HU). Entretanto, a vocação acadêmica desse hospital não o coloca à margem dos efeitos do modelo neoliberal nas instituições de saúde, o que implica desenvolver suas atividades em um contexto precarizado. O cenário de crise, representado, por exemplo, pela carência de materiais de consumo e de profissionais, traz implicações para o cuidado em saúde e enfermagem, dificultando seu desenvolvimento, resultando no maior dispêndio de tempo e de energia dos trabalhadores a fim de garantir uma assistência de qualidade.

A ENF situa-se próximo ao HU anteriormente descrito. Localiza-se em um prédio de oito andares, dos quais essa unidade acadêmica ocupa os quatro últimos pisos. Possui um laboratório de informática, quatro laboratórios de fundamentos de enfermagem, uma biblioteca, além de salas de aula, salas dos departamentos e dos setores administrativos, o que lhe confere uma boa estrutura física e logística para desenvolver o ensino em nível de graduação e pós-graduação *lato* e *stricto sensu* (UERJ, 2016).

Salienta-se que a faculdade se organiza em quatro departamentos: Fundamentos de Enfermagem (DFEN), Enfermagem de Saúde Pública (DESP), Enfermagem Médico-Cirúrgica (DEMC) e Enfermagem Materno-Infantil (DEMI). E todos esses departamentos possuem envolvimento com o curso de residência, ministrando aulas teóricas e práticas, bem como orientando os trabalhos de conclusão de curso.

Além da reconhecida qualidade que imprime ao curso de graduação, a faculdade se caracteriza por uma robusta atuação na extensão universitária pelo investimento e contribuição na qualificação e requalificação de profissionais da rede de assistência à saúde, especialmente do SUS, e também pelo investimento na produção e divulgação do conhecimento em enfermagem.

Também conta com um Centro de Memórias, onde se encontram arquivados dados cadastrais dos egressos do curso de residência em enfermagem, como endereço residencial e eletrônico, além de contatos telefônicos. Dessa forma, o referido centro constitui-se como um importante banco de consulta para esta pesquisa.

O curso de residência em tela é oferecido desde 1979 e, ao longo do tempo, sofreu diversas modificações, por exemplo, no que se refere às especialidades dos programas e à duração do curso. Assim, considerou-se uma modificação crucial no curso que este passasse a ser pedagogicamente gerenciado pela ENF, a partir do ano de 2010, auferindo aos egressos o

título de especialista, constituindo-se em um ganho acadêmico e em maior *status* no mercado de trabalho.

No que se refere à certificação dos concluintes do curso, a partir da análise de documentos pedagógicos, a ENF definiu retroagir a certificação de especialista aos profissionais que ingressaram na residência a partir do ano de 2006, considerando que sua estrutura e a organização pedagógica correspondiam a um curso de especialização em nível de *lato sensu.*

O curso de residência em enfermagem constitui modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinado a enfermeiros. Esse curso visa promover qualificação profissional em diferentes áreas específicas do cuidado, assegurando a qualidade da assistência de enfermagem. É regido pelo CNE a partir da Resolução nº 01/07 (BRASIL, 2007) e, internamente, é aprovado pelo Conselho Superior de Ensino e Pesquisa da Universidade em tela. A carga horária total do curso é de 5.760 horas. A residência de enfermagem é também regida de acordo com as normas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

A duração do referido curso é de dois anos, iniciando-se em 1º de março com finalização em 28 de fevereiro do segundo ano subsequente. Dessa forma, o curso subdivide-se em duas etapas distintas e complementares: o primeiro ano de residência (R1) e o segundo ano (R2). Destaca-se que a progressão para o segundo ano do curso está atrelada à finalização no primeiro ano, conforme critérios estabelecidos para o cumprimento e aprovação nas disciplinas teóricas e práticas.

O processo seletivo para o curso de residência é anual, oferecendo setenta e cinco vagas em doze programas: a) Programa de Residência em Enfermagem Cardiovascular; b) Programa de Residência em Enfermagem em Centro Cirúrgico; c) Programa de Residência em Enfermagem Cirúrgica; d) Programa de Residência em Enfermagem em Clínica Médica; e) Programa de Residência em Enfermagem em Nefrologia; f) Programa de Residência em Enfermagem em Neonatologia; g) Programa de Residência em Enfermagem em Obstetrícia; h) Programa de Residência em Enfermagem em Pediatria; i) Programa de Residência em Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental; j) Programa de Residência em Enfermagem em Saúde do Adolescente; k) Programa de Residência em Enfermagem em Terapia Intensiva; e l) Programa de Residência em Enfermagem do Trabalho.

Cabe ressaltar que a associação entre o HU e a faculdade para a implementação do curso de residência em enfermagem é muito interessante, visto que torna o processo de ensino-aprendizagem mais rico e diferenciado. Dessa forma, os enfermeiros do hospital

responsabilizam-se pela tutoria e preceptoria dos residentes no acompanhamento direto das atividades desenvolvidas nas unidades assistenciais, organizando o processo de ensino-aprendizagem das disciplinas práticas, considerando o processo de trabalho da enfermagem no hospital. As disciplinas práticas totalizam 4.350 horas nos dois anos da residência. A orientação e coorientação dos trabalhos acadêmicos de conclusão de curso são de responsabilidade de docentes da faculdade e de enfermeiros do hospital.

Sob responsabilidade específica dos docentes da faculdade, estão as diversas disciplinas teóricas, totalizando a carga horária de 1.410 horas nos dois anos do curso. E, além de conduzirem essas disciplinas, os docentes participam também das disciplinas práticas e, junto com residentes e enfermeiros preceptores e tutores, desenvolvem atividades de pesquisa e projetos de intervenção realizados nos cenários de prática.

2.1.2 Participantes do estudo

Os participantes deste estudo foram os egressos do curso de residência cujo recorte temporal incluiu os residentes ingressantes no ano de 2006, turma a partir da qual a ENF passou a conferir o certificado de especialista aos residentes. Assim sendo, o estudo abordou os residentes certificados a partir do ano de 2008 até o ano de 2014.

Considerando-se a especificidade do objeto de estudo, definiu-se alguns critérios de inclusão para os participantes: I) ter concluído a residência, obedecendo a todos os critérios[1] estabelecidos pelo curso para a sua certificação; II) ter condições psicofísicas de fornecerem as informações; III) permanecer trabalhando na enfermagem; e IV) estar trabalhando na profissão há, pelo menos, um ano.

A não inserção no mundo do trabalho da enfermagem define a impossibilidade de o egresso discorrer sobre sua compreensão acerca desse contexto laboral. Também sobre o critério de ser necessário estar trabalhando como enfermeiro há pelo menos um ano, deve-se ao fato de que, ao longo de 12 meses, o egresso já vivenciou situações que lhe conferem percepções e pontos de vista sobre o mundo do trabalho (DEJOURS, 1992; DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2010).

[1]A conclusão do Curso de Especialização em Enfermagem na Modalidade Residência está vinculada ao atendimento de três critérios: (I) Ser aprovado e cumprir cem por cento da carga horária das disciplinas práticas do curso; (II) Ser aprovado e cumprir, pelo menos, setenta e cinco por cento da carga horária das disciplinas teóricas do curso; e (III) Ser aprovado na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso (UERJ, 2012).

Selecionou-se, como critério de exclusão, o recém-egresso do curso, ou seja, que tenha obtido o título de especialista pela residência há menos de três anos. Pois, de acordo com D'Ávila (2012), esses recém-egressos ainda se encontram em processo de consolidação no mercado de trabalho, na busca por colocação adequada aos seus anseios. Além disso, provavelmente, não estão devidamente atentos aos meandros do mundo do trabalho, isto é, à especificidade da organização do trabalho. Por essa razão, a coleta de dados deu-se com egressos certificados entre os anos de 2008 e 2014.

Apresenta-se a seguir um quadro com o quantitativo de residentes que concluíram o curso de residência entre os anos de 2008 e 2014.

Quadro 1 - Quantitativo de residentes que concluíram o curso de residência de enfermagem entre os anos de 2008 e 2014.

TURMAS	**TOTAL DE VAGAS**	**TOTAL DE CONCLUINTES**	
		N	%
1. 2006-2008	50	46	92%
2. 2007-2009	50	41	82%
3. 2008-2010	60	37	61,7%
4. 2009-2011	60	38	63,3%
5. 2010-2012	60	44	73,3%
6. 2011-2013	75	49	65,3%
7. 2012-2014	75	66	88%
TOTAL	**--------**	**321**	

Fonte: A autora, 2016.

No quadro acima, entre os anos de 2008 e 2013, destacam-se os percentuais de concluintes do curso de residência entre 61,3 e 65,3 por cento, representando importante quantidade de enfermeiros que não finalizaram o curso. A evasão de residentes se deu em função da opção por outras residências e, especialmente, por vínculos empregatícios.

No que se refere ao cumprimento do primeiro objetivo do estudo, isto é, identificar as características sociodemográficas e laborais dos egressos da residência, foram adotados métodos estatísticos para delimitar o quantitativo de residentes que deveriam responder ao questionário. Assim, foi aplicada uma fórmula para delimitar a amostra do estudo, conferindo maior fidedignidade ao resultado.

É relevante apresentar a definição de "estatística", que deve ser entendida como a ciência que apresenta processos próprios para coletar, apresentar e interpretar adequadamente conjuntos de dados, sejam eles numéricos ou não (MEDRONHO et al., 2009). A estatística

subdivide-se em três áreas: descritiva, probabilística e inferencial. A descritiva preocupa-se em apresentar os dados. A inferencial tem como objetivo a extrapolação dos resultados obtidos com a estatística descritiva para a população em estudo. Assim, este estudo utilizará a estatística descritiva, que tem como objetivo básico sintetizar uma série de valores de mesma natureza, permitindo, dessa forma, ter uma visão global da variação desses valores.

A fim de proceder a definição do quantitativo de egressos aos quais se enviaria o questionário do estudo, foi preciso estabelecer o quantitativo da amostra, com base na população do estudo, ou seja, o total de enfermeiros que concluíram o curso de residência no período entre os anos de 2008 e 2014 (321 enfermeiros). O objetivo de determinar uma amostra é fazer afirmações sobre uma população baseando-se no resultado (informação) de uma amostra que seja considerada fidedigna (BOLFARINE; BUSSAB, 2005).

De acordo com Medronho et al. (2009), compreende-se por população o conjunto de elementos que tem pelo menos uma característica em comum. Dessa forma, os egressos do curso são todos aqueles que finalizaram as atividades do curso, cumprindo todas as exigências estabelecidas. Segundo o mesmo autor, a amostra é um subconjunto de elementos de uma população. Esse subconjunto deve ter dimensão menor que o da população e seus elementos devem ser representativos da população. A seleção dos elementos que devem compor a amostra pode ser feita de várias maneiras e dependerá do conhecimento que se tem da população e da quantidade de recursos disponíveis (BOLFARINE; BUSSAB, 2005).

A partir de tais conceitos, a opção deste estudo foi adotar uma solução conservadora, procedendo ao cálculo da amostra da população de egressos que foi convidada a responder ao questionário desta pesquisa. O cálculo amostral foi definido pela fórmula apresentada a seguir, levando-se em conta um erro de, no máximo, 5%, com um nível de confiança de 95% (BOLFARINE; BUSSAB, 2005).

$$n = \frac{\mathrm{N}}{4(\mathrm{N}-1)\mathrm{D}+1}$$

Sabe-se que D é o quadrado da razão entre o erro máximo e o quantil da distribuição normal padrão, associado ao nível de confiança do intervalo bilateral. Nesse caso:

$\mathrm{D}=\left(\frac{0{,}05}{1{,}96}\right)^2$. Assim, $n = \frac{321}{4 \times 320 \times \mathrm{D}+1}$ $n = \frac{321}{1{,}66118284} \cong$ 175,12 $\cong$ 176.

A partir da aplicação dessa fórmula, obteve-se um tamanho de amostra de 176 egressos como quantitativo estatisticamente representativo para efeito de se estimar proporções na população de 321 enfermeiros.

Portanto, a utilização dessa técnica facilita a análise dos dados e permite generalizar os resultados obtidos a partir da amostra para a população com certo grau de segurança (MEDRONO et al., 2009).

Para a identificação dos 176 egressos, buscou-se os registros no cadastro de ex-alunos do curso, arquivados na referida instituição. Nessa busca, constatou-se que nem todos os egressos possuíam registro de telefones ou *e-mails*. Complementou-se, assim, a identificação de contatos dos egressos pela mídia social *Facebook* por alguns participantes da pesquisa aos quais se solicitou fornecer os contatos de egressos da residência que foram alunos do curso na mesma época.

Definiu-se enviar o questionário para todos aqueles cujos contatos foram identificados, perfazendo o total de 211 egressos para os quais foi enviado o questionário. Em caso de não resposta, o inquérito foi encaminhado até 3 vezes ao mesmo egresso, com média de 7 a 10 dias de intervalo entre cada envio. Desse modo, obteve-se o retorno de 106 questionários respondidos, 60,2% do total definido como amostra. O quadro que se segue apresenta o número de questionários respondidos pelos egressos

Quadro 2 – Quantitativo de questionários respondidos pelos egressos de um curso de residência em enfermagem

TURMAS	**QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS**
2006-2008	05
2007-2009	12
2008-2010	15
2009-2011	18
2010-2012	16
2011-2013	21
2012-2014	19
TOTAL	**106**

Fonte: A autora, 2018.

No que concerne à realização de entrevistas, o estudo teve como perspectiva entrevistar 24 ex-residentes pertencentes ao recorte temporal selecionado. Foram assim convidados a concederem entrevista 29 egressos dos quais 24 aceitaram a solicitação. Esses egressos foram selecionados a partir da observação dos questionários aplicados, buscando

contemplar da forma mais rica e diversificada possível as características dos participantes. Assim, buscou-se coletar esses dados com enfermeiros cuja configuração laboral tivesse a inserção em serviços privados e públicos de saúde, em turnos diurno e noturno, por exemplo (YIN, 2016).

Esse quantitativo contemplou, portanto, todas as turmas definidas no período proposto pelo estudo, com 2 egressos entrevistados por cada um dos 12 programas do curso de residência. No que se refere ao quantitativo de residentes entrevistados por cada uma das 7 turmas de egressos contempladas no estudo, obteve-se a distribuição de entrevistas da seguinte forma: turma 2006/2008: 1 entrevista; turma 2007/2009: 1 entrevista; turma 2008/2010: 2 entrevistas; turma 2009/2011: 3 entrevistas; turma 2010/2012: 3 entrevistas; turma 2011/2013: 7 entrevistas; e turma 2012/2014: 05 entrevistas.

O quadro abaixo apresenta a distribuição do número de entrevistados por turma e por programa de residência desse curso.

Quadro 3 - Distribuição do número de entrevistados por turma e por programa de um curso de residência em enfermagem

Turmas / Programas	2006/ 2008	2007/ 2009	2008/ 2010	2009/ 2011	2010/ 2012	2011/ 2013	2012/ 2014	TOTAL
Clínica Médica				1	1			2
Terapia Intensiva						1	1	2
Nefrologia	1					1		2
Enfermagem do Trabalho		1					1	2
Psiquiatria e Saúde Mental			1			1		2
Clínica Cirúrgica						1	1	2
Centro Cirúrgico				1			1	2
Cardiovascular			1	1				2
Obstetrícia			1				1	2
Neonatologia					1	1		2
Pediatria			1			1		2
Saúde do Adolescente					1	1		2
TOTAL	1	1	4	3	3	7	5	24

Fonte: A autora, 2018.

Na aplicação das entrevistas também foi observado o critério de saturação dos dados como um indicativo para finalizar ou continuar a coleta de dados. Sobre o ponto de saturação, este é alcançado quando os entrevistados passam a repetir conteúdos obtidos em entrevistas anteriores, não acrescentando informações diferenciadas à coleta de dados (ALBUQUERQUE, 2009; BALDIN; MUNHOZ, 2011).

Desse modo, o ponto de saturação começou a ser identificado na 17ª entrevista.

2.1.3 Coleta de dados

Para a obtenção de dados desta pesquisa, foram utilizados (i) documentos; (ii) questionário estruturado e (iii) entrevista semiestruturada. Assim, a análise documental foi efetuada por meio da averiguação das ementas de disciplinas do curso , bem como a deliberação do curso.

A pesquisa documental configura-se como uma técnica que propicia a coleta de dados de forma indireta por meio de documentos que são selecionados de acordo com o objeto e os objetivos do estudo (GIL, 2007).

Nesse contexto, a investigação nos documentos possibilitou a análise do conteúdo das ementas. A análise de documentos, a aplicação dos questionários e a realização de entrevistas foram realizadas concomitantemente.

Para atender ao primeiro objetivo da pesquisa, ou seja, a identificação das características sociodemográficas e laborais dos egressos do curso de residência em enfermagem, foi utilizado apoio da abordagem quantitativa. Assim, utilizou-se um questionário estruturado (APÊNDICE B) aplicado de modo *on-line* a fim de captar as variáveis sociodemográficas e ocupacionais dos egressos.

Paralelamente, foi confeccionado um banco de dados no qual constaram os nomes de todos os egressos, bem como o ano em que finalizaram o curso de residência, além dos seus respectivos endereços eletrônicos e contatos telefônicos. Tais informações foram fornecidas pela Coordenação do Curso de Residência e pelo Centro de Memórias da Faculdade. Após a construção desse banco de informações e considerando a definição da amostra de 175 egressos do curso, a etapa seguinte foi a busca e captação de possíveis participantes por intermédio de fontes de informação eletrônica e presencial. As abordagens, tanto presenciais quanto por meio eletrônico, foram realizadas pela pesquisadora.

No processo de captação dos dados quantitativos, os egressos que concordaram em participar responderam ao questionário por meio digital, utilizando e-mail *(22)* e as redes sociais *Facebook (26)* e *Whatsapp (67).*

Observa-se que o emprego da estratégia eletrônica foi imprescindível na coleta de dados, pois caracterizou-se como uma forma de contato rápido e fácil, atingindo os egressos. Segundo Vieira, Castro e Schuch Júnior (2010), o procedimento de coleta de dados utilizando a *internet* é recente e apresenta importantes vantagens a serem consideradas, como a distribuição ágil de instrumentos para a coleta de dados, a flexibilidade da disponibilidade de tempo e local para responder ao questionário, bem como o baixo custo desse veículo de comunicação.

Sobre a entrevista semiestruturada, Minayo (2013) infere que uma estratégia de coleta de dados em trabalhos científicos mais utilizada é definida como uma conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes à apreensão do objeto de pesquisa, tendo propósitos bem definidos.

> Na entrevista semiestruturada, o pesquisador organiza um conjunto de questões sobre o tema que está sendo estudado, mas permite e às vezes até incentiva que o entrevistado fale livremente sobre assuntos que vão surgindo como desdobramentos do tema principal (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 72).

Complementando, Minayo (2013, p. 262) infere que a entrevista é "[...] uma representação da própria realidade a partir de ideias, crenças, maneiras de pensar; opiniões, sentimentos, maneiras de sentir; maneiras de atuar, condutas [...].", tendo como objetivos (i) determinar as opiniões sobre os fatos e (ii) identificar a conduta do entrevistado.

É nessa perspectiva que, na abordagem qualitativa do estudo, os egressos do curso de residência foram indagados sobre sua percepção acerca do mundo do trabalho em saúde e enfermagem, as estratégias adotadas para lidarem com as adversidades do trabalho e também as contribuições do aprendizado no curso de residência para o enfrentamento dessas adversidades. Para tanto, elaborou-se um roteiro de entrevistas contendo quatro questões abertas (APÊNDICE A), o que proporcionou que discorressem livremente sobre o que se buscou apreender.

As entrevistas foram realizadas em local reservado, atendendo à disponibilidade dos participantes do estudo. Elas foram gravadas por meio de aparelho MP5, após consentimento dos egressos. Finalizada cada entrevista, estas foram transcritas e devidamente codificadas para garantir o anonimato dos participantes.

O roteiro de entrevistas e o questionário foram testados com dois egressos da residência com o objetivo de verificar se eles estavam adequados para atingir os objetivos da pesquisa. Em sequência, os ajustes necessários foram efetuados.

Para a adequação do questionário, algumas perguntas foram modificadas, tornando-as mais claras e oferecendo opções de resposta mais adequadas. Além disso, acrescentou-se perguntas, complementando informações importantes à pesquisa.

A coleta de dados por meio do questionário e das entrevistas foi realizada entre os meses de outubro de 2017 e abril de 2018, período em que também ocorreu a análise dos documentos selecionados.

2.1.4 Procedimentos ético-legais

Este estudo foi cadastrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP) em atenção às exigências de ética em pesquisa e, posteriormente, submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição em estudo, conforme exigência da Resolução nº 466, de 2012 (BRASIL,2012), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), acerca de pesquisas que envolvem seres humanos. A pesquisa foi aprovada sob o número de parecer 2.144.859, CAAE: 70107117.0.0000.5282 (ANEXO B).

Conforme recomendação da referida resolução, a cada depoente foi esclarecido sobre o objeto e objetivos da pesquisa, os possíveis riscos caso concordassem em participar, assim como o caráter opcional da participação. O sigilo e o anonimato dos participantes da pesquisa foram respeitados e garantidos, bem como a possibilidade de desistência a qualquer etapa do desenvolvimento da pesquisa, sem qualquer prejuízo pessoal ou profissional.

Na abordagem quantitativa, os egressos que concordaram em participar responderam ao questionário por meio digital. Dessa forma, esses participantes registraram seu aceite por meio da versão *on-line* desse documento (APÊNDICE C). Nesse caso, destaca-se que o participante encaminhou o trecho referente ao aceite juntamente com o questionário respondido.

Na perspectiva qualitativa do estudo, foi apresentado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em sua versão presencial (APÊNDICE D). Os egressos que aceitaram participar da pesquisa assinaram esse termo, antes do início de cada

entrevista, em duas vias, uma das quais permaneceu em posse do entrevistado, enquanto a outra foi mantida com a pesquisadora.

Para garantir o anonimato e sigilo dos participantes, cada entrevista recebeu uma codificação, constando a letra E, referente à entrevista, e um número cardinal relacionado à ordem cronológica de realização da mesma (01,02, 03...).

2.1.5 Análise de dados

A análise de dados tem como objetivo a organização e sistematização dos dados de forma a possibilitar o fornecimento de respostas à investigação. A partir da análise dos dados, a interpretação destes tem como objetivo buscar sentido nas respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos (GIL, 2007).

Uma técnica de análise de dados constitui-se em uma metodologia de interpretação, possuindo procedimentos peculiares que envolvem a preparação dos dados para a análise, o que consiste em extrair sentido dos dados de textos e imagens. Os dados a serem analisados configuram apenas dados brutos, que passarão a ter sentido se trabalhados a partir do conjunto de conceitos de uma determinada técnica (CRESWELL, 2007).

Para a análise de dados, as diferentes estratégias empregadas apresentam particularidades de acordo com a abordagem da pesquisa e o método empregado (CRESWELL, 2007). Assim, a seguir, descreve-se a análise de dados empregada neste estudo, considerando os instrumentos de coleta empregados e o que se desejava extrair de cada técnica de análise.

Para o tratamento dos dados e análise das informações, a opção metodológica empregada foi a abordagem da hermenêutica-dialética a fim de produzir interpretação mais aproximada da realidade, situando os dados em seu contexto, considerando a realidade histórica de sua produção.

No método dialético, a apreensão da realidade pressupõe o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e explicado na transformação:

> [...] a orientação dialética de qualquer análise diz que é fundamental realizar a crítica das ideias expostas nos produtos sociais (textos, monumentos, instituições) buscando, na sua especificidade histórica, a cumplicidade com seu tempo; e nas diferenciações internas, sua contribuição à vida, aos conhecimentos e às transformações (MINAYO, 2013, p. 347).

Desse modo, optou-se por abordar analiticamente a fala dos egressos do curso de residência por meio de todas as implicações de ordem histórica, cultural, social, política, econômica e educacional para maior apreensão de sua realidade.

Reforça essa opção a crença de que é possível atingir o conhecimento mais próximo da realidade a partir da análise dialética, que reconhece os fenômenos sociais como produtos e efeitos da atividade criadora.

Assim, em articulação à análise dialética, o objeto também foi abordado considerando a visão da hermenêutica, que oferece parâmetros para a compreensão da comunicação entre os seres humanos; identifica a linguagem como instrumento de realização da intersubjetividade e do entendimento; critica a isenção dos juízos; compreende a comunicação com processo marcado pela história e pela cultura, sendo a intersubjetividade a base da ação humana e do processo científico. Assim, de acordo com a hermenêutica, entender a realidade que se expressa em um texto, em uma fala, significa entender o outro como expressão de seu tempo e de seu espaço cultural (MINAYO, 2013).

Para Minayo (2013), a associação entre a hermenêutica e a dialética leva o intérprete a compreender o texto, a fala, o depoimento, como resultante de um processo social (trabalho e dominação) e de um processo de conhecimento (expresso em linguagem), ambos frutos de múltiplas determinações, mas com significado específico.

A proposta analítica da hermenêutico-dialética considera os sentidos das falas dos participantes da pesquisa, em seus consensos e dissensos, em face do contexto histórico onde e pelo qual foi produzida, exemplificando como o círculo hermenêutico da interpretação pode se amalgamar com o desvelamento de ideologias tão peculiar à crítica dialética (OLIVEIRA, 2001).

Nesse sentido, ao aplicar esse método de análise, buscou-se atingir a visão dos egressos acerca das estratégias adotadas diante dos efeitos do modelo neoliberal, considerando-se como base da análise a prática social, a ação humana como resultado de condições anteriores, exteriores e também como *práxis*, ou seja, o ato humano que atravessa o meio social guarda as determinações, bem como transforma o mundo sobre as condições dadas (MINAYO, 2013; OLIVEIRA, 2001).

O material captado nas entrevistas, os achados da análise documental e os dados sociodemográficos identificados foram repetidamente lidos e analisados, buscando elementos relevantes e as contradições relativas à realidade, política, social e histórica dos egressos; em seguida, foram definidas categorias de análise, confrontadas com o objeto do estudo.

Posteriormente, desenvolveu-se a análise final, relacionando os dados obtidos e o quadro teórico-conceitual da pesquisa.

A caracterização sociodemográfica e laboral dos enfermeiros foi obtida por meio de questionário, abrangendo dados sobre a) idade; b) sexo; c) cor/raça; d)situação conjugal; e) renda líquida familiar; f) número de dependentes da renda; g) tempo de graduação; h) conhecimento obtido na graduação; i) área de especialização; j) tempo de exercício da profissão; k) número de empregos; l) instituição de trabalho; m) renda líquida como enfermeiro e renda familiar; n) vínculo empregatício; o) horas de trabalho (nos últimos sete dias); p) oportunidade de capacitação profissional; e q) condições de trabalho. Esses dados constituíram um panorama de características significativas dos participantes. Tais dados foram organizados em tabelas, analisados por estatística simples e discutidos, considerando o referencial teórico da pesquisa.

As categorias de análise identificadas foram: i) o mundo do trabalho e sua complexidade política, econômica e técnico-científica; ii) fatores intervenientes que afetam o cotidiano laboral e suas consequências para o trabalhador; iii) impactos do mundo do trabalho na subjetividade do trabalhador; iv) recursos para o enfrentamento das adversidades no mundo do trabalho; e v) o curso de residência para além do mundo do trabalho: uma contribuição de caráter pessoal.

A proposta do estudo em triangular os dados foi efetivada na discussão conjunta das informações provenientes dos documentos, entrevistas e questionários.

Considera-se que o método de análise de dados adotado foi pertinente às técnicas de coleta de dados para a compreensão da percepção dos egressos quanto ao mundo do trabalho.

3 **RESULTADOS E DISCUSSOES**

3.1 **Análise sociodemográfica e laboral**

3.1.1 Caracterização dos participantes do estudo

A presente seção deste capítulo tem a finalidade de apresentar a caracterização sociodemográfica e laboral dos egressos do curso de residência que participaram do estudo respondendo ao questionário contido no apêndice B.

Trata-se de uma fase exploratória e quantitativa envolvendo o objeto de estudo. Portanto, a caracterização dos participantes visou enriquecer os dados captados por meio das entrevistas, colaborando para uma maior compreensão das falas dos egressos.

Por meio do questionário de caracterização dos participantes, investigou-se as variáveis que estão expostas no Quadro 4, apresentado a seguir.

Quadro 4 - Variáveis sociodemográficas e ocupacionais utilizadas no estudo

Variáveis Sociodemográficas	Variáveis ocupacionais
1. Idade 2. Sexo 3. Cor/raça 4. Situação conjugal 5. Renda líquida familiar 6. Número de dependentes da renda	1. Tempo de graduação 2. Especialidade no curso de residência 3. Tempo de exercício da profissão 4. Número de empregos 5. Instituição de trabalho 6. Renda líquida como enfermeiro 7. Renda Familiar 8. Vínculo empregatício 9. Horas de trabalho (nos últimos sete dias) 10. Oportunidade de capacitação 11.Condições de trabalho

Fonte: A autora, 2018.

Como apresentado na metodologia do estudo, foram enviados 221 questionários com o objetivo de alcançar a amostra prevista de 176 enfermeiros que finalizaram o curso de residência no período de 2008 a 2016. Entretanto, conseguiu-se captar o quantitativo de 106 questionários (60%). Salienta-se que a porcentagem de questionários respondidos foi considerada razoável pois, de acordo com Lakatos e Marconi (2003), questionários alcançam em média 25% de devolução dos entrevistados.

Ressalta-se que algumas variáveis analisadas não apresentam o quantitativo total da população em questão (n=106), considerando que alguns participantes não responderam a alguns questionamentos. A análise descritiva das variáveis foi realizada a partir de estatística simples. Para melhor observação das informações, os resultados foram apresentados em quadros e tabelas.

No que se refere à tabulação e à manipulação dos dados, estas foram realizadas no Excel versão 2010, no qual se constituiu o banco dos dados coletados por meio do questionário. Os dados foram compilados, utilizando o *software* Estatístico SAS versão 9.3.1. Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva das variáveis qualitativas, apresentando as frequências absoluta e relativa (%), e para as variáveis quantitativas descreveu-se a média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo. Em seguida, realizou-se a análise descritiva do cruzamento de alguns dados.

No que se refere à distribuição dos participantes considerando a turma na qual cursou a residência, observa-se, como descrito na Tabela 1, que quanto menor o tempo decorrido entre o término do curso e a solicitação em participar deste estudo, obteve-se maior retorno dos questionários enviados aos egressos, na medida em que apenas 3 (2,86%) egressos da turma 2006-2008 responderam ao inquérito proposto, em detrimento de 48 (45,72%) egressos cujo término se deu nos anos de 2013 e 2014. Sobre esse dado, infere-se que aqueles que finalizaram o curso há menos tempo, sentem-se mais ligados à a vivência efetuada durante o curso de residência e, por conseguinte, mais compromissados em dar retorno à solicitação em responder ao questionário.

Tabela 1 – Distribuição dos egressos por turma, em um curso de Residência de Enfermagem – 2006 a 2014

Variável		N	**%**
Turma	2006-2008	3	2,86
	2007-2009	11	10,48
	2008-2010	15	14,29
	2009-2011	13	12,38
	2010-2012	16	14,29
	2011-2013	24	22,86
	2012-2014	24	22,86
Total		106	100

Fonte: A autora, 2018.

Conforme demonstra a Tabela 2, tem-se que o programa que menos participou com o retorno de questionários foi Enfermagem do Trabalho (n=2, 1,9%), em detrimento da maior participação do programa de Clínica Médica (n=24, 22,86%).

Tabela 2 – Distribuição dos egressos de acordo com o programa cursado em uma Residência de Enfermagem – 2006 a 2014

Programa cursado na residência	N	**(%)**
Centro Cirúrgico	11	10,48
Cirurgia Cardiovascular	7	6,67
Clínica Cirúrgica	9	8,57
Clínica Médica	25	22,86
Enfermagem do Trabalho	2	1,9
Nefrologia	9	8,57
Neonatologia	5	4,76
Obstetrícia	14	13,33
Pediatria	5	4,76
Saúde do adolescente	8	7,62
Saúde Mental e Psiquiatria	4	3,81
Terapia Intensiva	7	6,67
Total	106	100

Fonte: A autora, 2018.

Este resultado espelha o quantitativo de vagas disponíveis em cada programa de residência, visto que, dentre todos, o programa Enfermagem do Trabalho oferece o menor número, 2 vagas anuais, enquanto o programa de Clínica Médica tem o maior número de

vagas, 12 a cada ano. Portanto, os menores e maiores números de egressos da residência provêm, respectivamente, desses programas.

3.1.2 Perfil sociodemográfico

Sobre o perfil sociodemográfico dos egressos do curso de residência, a Tabela 3 descreve que a média de idade dos respondentes é de 32,87 anos, com desvio padrão de 4,41. A idade mínima identificada entre os egressos foi de 25 anos, e a máxima, de 52 anos. Como mediana das idades, obteve-se 32 anos.

Tabela 3 – Distribuição dos egressos de um curso de residência de acordo com a idade

Variável	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Idade	32,876	4,413	25	32	52

Fonte: A autora, 2018.

Sobre o perfil de idade dos egressos, verificou-se que o grupo de enfermeiros egressos é composto por jovens adultos. Esses dados corroboram com a pesquisa realizada por Machado et al. (2016a), ao descrever que 61,7% dos profissionais da enfermagem inserem-se na faixa etária de até quarenta anos. Complementando, os autores destacam que um fator relevante no mercado de trabalho é o rejuvenescimento da enfermagem, com 25,3% dos profissionais apresentando idade de até 30 anos.

No que se refere ao sexo dos egressos abordados, a Tabela 4 descreve que 91,43% dos participantes são do sexo feminino (n=97), obtendo-se um percentual muito baixo de homens nesse grupo (8,57%, n=9).

Tabela 4 – Distribuição dos egressos de um curso de residência de acordo com o sexo

Variável		N	%
Sexo	Feminino	97	91,43
	Masculino	9	8,57
TOTAL		106	100

Fonte: A autora, 2018.

A característica referente ao sexo dos egressos da residência corresponde ao perfil da enfermagem, como descrito por Machado et al. (2016b) e pelos estudos desenvolvidos Magnago (2010a) e por Fernandes et al. (2012) cujos resultados apontam a maioria dos componentes da enfermagem como sendo do sexo feminino.

Machado (2004) e Machado et al. (2016b) indicam que vem se modificando a representatividade masculina na enfermagem, obtendo-se números cada vez maiores. Entretanto, a maioria dos profissionais de enfermagem ainda é representada pelo sexo feminino, atualmente com mais de 90% de todo o contingente dos trabalhadores da enfermagem.

Acerca da raça/cor, 56 (52,83%) participantes referiram ser brancos, 32 (30,18%) pardos, 16 (15,09%) negros/pretos e 02 (1,88%) amarelos.

Tabela 5 − Raça/cor segundo autorreferência de egressos de um curso de residência de enfermagem

Raça/Cor	N	(%)
Amarela	02	1,88
Branca	56	52,83
Parda	32	30,18
Negra/Preta	16	15,09
Indígena	-	-
Total	106	100

Fonte: A autora, 2018.

No estudo desenvolvido por Machado et al. (2016b) abrangendo todas as regiões do Brasil, observa-se que a maioria (57,9%) dos enfermeiros se considerava da cor branca, 31,3% pardos e 6,6% pretos/negros. Infere-se que sobre esse resultado, apesar da população brasileira ter predominância de pessoas pardas, a população branca ainda é a que mais tem acesso à escolaridade de nível superior, apesar das políticas afirmativas de acesso ao ensino

universitário de populações carentes, indígenas, negras etc. (ANDRADE,2012; HASENBALG; SILVA, 1990).

Sobre a situação conjugal dos enfermeiros egressos da residência, 58 (54,71%) são casados ou vivem em união estável, 43 (40,56%) solteiros e 5 (4,71%) separados. Esse maior quantitativo de egressos casados ou em união estável caracteriza-se, de certo modo, um dado positivo, uma vez que ter alguém para dividir as incertezas da vida e as inseguranças do mundo do trabalho revela-se como um protetor da subjetividade dos indivíduos, sendo um componente significativo contra doenças mentais como a Síndrome de Burnout, por exemplo (WHO, 2013; VARGAS; DIAS, 2011).

Quanto à natureza social das instituições (SILVA et al., 2012) de graduação, 69 (65,38%) egressos concluíram o curso em instituições públicas e 46 (34,62%) em organizações privadas, conforme apresentado a seguir, na Tabela 6.

Tabela 6 – Natureza social das instituições de graduação dos egressos de um curso de residência

Variável		**N**	**%**	**Faltante**
Natureza Universidade	Particular	36	34	1
	Pública	69	65	
Total		105	99	1

Fonte: A autora, 2018.

De acordo com estatísticas sobre o ensino superior no Brasil, o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), órgão do Ministério da Educação, em 2015, o quantitativo de cursos de graduação em enfermagem era de 889, sendo 161(18,1%) destes realizados por instituições públicas e 728 (81,9%) por instituições privadas. Esse quantitativo de instituições formou 34.799 enfermeiros, dos quais 5.347(15,4%) graduaram-se em instituições públicas e 29.452(84,6%) em instituições privadas (INEP, 2016).

A partir desses dados e de acordo com Teixeira et al. (2013), evidencia-se a privatização do ensino de graduação enfermagem no Brasil. A partir dessa situação, os autores asseveram sobre a existência de instituições formadoras cada vez mais distantes da proposta de uma universidade e dos padrões necessários de qualidade para a formação profissional, fazendo-se necessários esforços para a melhoria acadêmica dos cursos (ERDMANN; FERNANDES; TEIXEIRA, 2011).

A expansão de cursos superiores reflete exigências do mercado de trabalho, bem como pressões de grupos da sociedade civil. Entretanto, é fundamental a atenção com os padrões de qualidade dos cursos a fim de formar enfermeiros com competência para atender às necessidades de saúde da população, além de perfil crítico e reflexivo (TEIXEIRA et al., 2013). Tais competências visam, portanto, analisar e delinear estratégias pessoais, profissionais e coletivas no contexto laboral.

Ainda como uma característica da enfermagem brasileira, 31,4% do contingente de enfermeiros realizaram, antes da graduação, o curso técnico ou de auxiliar de enfermagem. E, dentre estes, 86,1% declararam que exerceram a atividade (MACHADO et al., 2016a, 2016b, 2016c).

Assim, de acordo com o estudo de Machado et al. (2016a, 2016b, 2016c), evidencia-se que quase um terço dos enfermeiros iniciou sua carreira na enfermagem inserido no nível médio de escolaridade da categoria, pois, certamente, não foi viável arcar com os custos de um curso universitário, mesmo que em uma universidade pública. Além disso, com um curso de nível médio, o retorno financeiro é mais rápido, na medida que tem menor duração que um curso universitário e, dessa forma, mais rapidamente é possível alcançar o mercado de trabalho (RODRIGUES; BARRICHELLO; MORIN, 2016).

Ainda em relação a esse contingente de enfermeiros e ao trabalho da enfermagem, assevera-se a importância de que haja a transição das práticas baseadas no nível médio de conhecimento para aquelas centradas na perspectiva de um trabalhador de nível superior, considerando a necessidade de sua atitude crítico-reflexiva no contexto laboral. Destaca-se a relevância da atuação de um profissional capaz de refletir sobre a condução do trabalho da equipe de enfermagem no atual contexto laboral, no qual são vigentes a precarização dos serviços e dos vínculos de trabalho, a desqualificação dos serviços públicos de saúde e as disputas profissionais entre categorias de trabalhadores da saúde, haja vista seus efeitos no cotidiano da assistência em saúde (MONTEIRO et. al., 2014).

Há um maior índice de aprovação no concurso da residência para egressos de instituições públicas. Com base nesse dado, cogita-se que esse fenômeno pode estar relacionado ao fato de muitos graduandos de instituições privadas serem técnicos de enfermagem e que, concomitantemente ao curso, trabalham, inclusive para manterem os estudos. Desse modo, após a graduação, o foco não está prioritariamente na qualificação profissional por meio de um curso de residência, mas em ascender profissionalmente, passando a ocupar o cargo de enfermeiro, geralmente em instituição privada na qual já trabalham como técnicos de enfermagem, obtendo, com isso, aumento salarial.

Em relação ao tempo de formado, verificou-se os seguintes dados que estão explicitados na Tabela 7.

Tabela 7 − Tempo de formados dos egressos de um curso de residência de enfermagem

Variável	Tempo (em anos) de graduação como enfermeiro(a)	**Número de egressos**	%	**Faltante**
Tempo (em anos) de graduação como enfermeiro(a)	14	1	0,94	2
	13	2	1,88	
	12	13	12,26	
	11	10	9,43	
	10	13	12,26	
	9	16	15,09	
	8	25	23,58	
	7	16	15,09	
	6	4	3,77	
	5	3	2,83	
	4	1	0,94	
TOTAL		104	98,12	2

Fonte: A autora, 2018.

Tabela 8 − Tempo de formados dos egressos de um curso de residência de enfermagem Desvio padrão, mínimo, moda, mediana e máximo

Variável	**Desvio Padrão**	**Mínimo**	**Mediana**	**Moda**	**Média**	**Máximo**
Tempo (em anos) de graduação como enfermeiro(a)	2,02	4	9	8	8,99	14

Fonte: A autora, 2018.

No que concerne ao tempo de formado dos egressos, a média é de 9 anos. Em um estudo desenvolvido por Machado et al., (2016a, 2016b, 2016c), observou-se que a maioria (63,7%) dos enfermeiros está formada há, no máximo, 10 anos. Os autores percebem que a enfermagem se encontra em processo de rejuvenescimento, sendo constituída, especialmente, por jovens. Além disso, associam esse dado à maior oferta de cursos de graduação em enfermagem nos anos recentes e, consequentemente, na elevação do número de concluintes.

No que se refere ao estado no qual os egressos se graduaram, 96 (90,56%) finalizaram o curso de enfermagem no Rio de Janeiro, 04 (3,77%) em São Paulo, 02 (1,88%) em Minas Gerais, 1 (0,96%) no Espírito Santo, 1 (0,96%) na Bahia e 1 (0,96%) no Paraná. Esses dados demonstram migração de alguns enfermeiros de outros estados para a realização do curso de residência no Rio de Janeiro. Esse fenômeno é compreendido a partir das análises de Teixeira et al. (2013) e de Erdmann, Fernandes e Teixeira (2011) ao descreverem a ocorrência de desequilíbrio geográfico (regional e intrarregional) no quantitativo de cursos de graduação em enfermagem, ou seja, como um desequilíbrio regional, observa-se maior oferta de cursos de graduação nas regiões Sul e Sudeste. E, por exemplo, na região Sudeste, tem-se a maior ocorrência de cursos no eixo Rio de Janeiro-São Paulo. Infere-se, assim, que tal desequilíbrio estende-se aos cursos de residência em enfermagem.

Pesquisa sobre a enfermagem brasileira realizada por Machado et al. (2016a) revelou que os estados de São Paulo (24,6%), Rio de Janeiro (11,1%) e Minas Gerais (10,4%) são responsáveis pela formação de quase metade (46,1%) dos enfermeiros do país. Esses dados confirmam o desequilíbrio geográfico descrito por Teixeira et al. (2013) e de Erdmann; Fernandes e Teixeira (2011) anteriormente. Desse modo, é razoável afirmar que, apesar do grande volume de escolas existentes, há escassez de enfermeiros em determinadas localidades do país, considerando a concentração de instituições formadoras na região Sudeste.

Tabela 9 − Renda familiar, renda líquida e a representatividade da renda líquida sobre a renda familiar de egressos de um curso de residência em enfermagem

Variável		N	%	Faltante
Renda Líquida do egresso	Até 1.500 reais	1	1,0	5
	Entre 1.501 e 2.000 reais	3	3,0	
	Entre 2.001 e 2.500 reais	4	4,0	
	Entre 2.501 e 3.000 reais	6	6,0	
	Entre 3.001 e 4.000 reais	17	17,0	
	Entre 4.001 e 5.000 reais	21	21,0	
	Entre 5.001 e 6.000 reais	15	15,0	
	Entre 6.001 e 7.000 reais	9	9,0	
	Entre 7.001 e 8.000 reais	6	6,0	
	Entre 8.001 e 9.000 reais	5	5,0	
	Entre 9.001 e 10.000 reais	6	6,0	
	Mais de 10.000 reais	7	7,0	
Renda Familiar do egresso	Entre 1.501 e 2.000 reais	1	0,95	
	Entre 2.501 e 3.000 reais	3	2,86	
	Entre 3.001 e 4.000 reais	9	8,57	
	Entre 4.001 e 5.000 reais	9	8,57	
	Entre 5.001 e 6.000 reais	11	10,48	
	Entre 6.001 e 7.000 reais	16	15,24	
	Entre 7.001 e 8.000 reais	8	7,62	
	Entre 8.001 e 9.000 reais	12	11,43	
	Entre 9.001 e 10.000 reais	7	6,67	
	Mais de 10.000 reais	29	27,62	
Renda Líquida / Renda Familiar	21 a 30%	3	3	5
	31 a 40%	4	4	
	41 a 50%	14	14	
	51 a 60%	9	9	
	61 a 70%	9	9	
	71 a 80%	6	6	
	81 a 90%	10	10	
	91 a 100%	45	45	

Fonte: A autora, 2018.

De acordo com os dados da Tabela 9, a renda familiar líquida dos egressos em estudo apresentou a média em torno de R$ 8.694,23, enquanto que a renda individual desses egressos apresentou a média de R$ 5.618,00. Esses dados tipificam uma população de classe média (FERREIRA et al., 2012; SILVA; ROTENBERG; FISCHER, 2011).

No que se refere ao quanto, em média, a renda líquida compõe a receita familiar dos enfermeiros (Tabela 9), destaca-se que para 25 (23,6%) dos participantes a sua renda líquida

compõe de 41 a 60% da receita familiar, ou seja, praticamente a metade da renda da família. No caso de 15 (14,1%) egressos, a renda líquida dos mesmos constitui de 61% a 80% do recebimento familiar. Evidencia-se, assim, a importância da renda advinda da atividade laboral do enfermeiro egresso para a composição da receita de sua família. No caso de 55 (54,45%), a sua renda compõe de 81 a 100% da renda familiar, o que demonstra que muitos dos egressos são provedores financeiros de suas famílias. Além disso, considerando o maior percentual de mulheres entre os egressos, verifica-se que as mulheres estão assumindo a função de mantenedoras da família (SANTANA, 2013).

Tabela 10 − Número de dependentes da renda familiar de egressos de uma residência de enfermagem

Variável		**Número de famílias de egressos**	**%**	**Faltante**
Número de dependentes da renda familiar	1	20	18,6	3
	2	35	33,0	
	3	28	24,4	
	4	14	13,2	
	5	34	32,1	
	6	1	0,94	
Total		103	97%	3

Fonte: A autora, 2018.

Tabela 11 − Número de dependentes da renda familiar de egressos de uma residência de enfermagem – média, moda, mediana, mínimo, máximo e desvio padrão

Variável	**Média**	**Desvio Padrão**	**Mínimo**	**Mediana**	**Máximo**
Número de dependentes da renda familiar de egressos	3,08	1,44	1	3	6

Fonte: A autora, 2018.

Percebe-se também que o valor da média das rendas familiares está próximo do valor da média de renda líquida dos egressos. Observou-se, ainda, que os entrevistados possuem em média 3 dependentes (Tabela 11). Desse modo, constata-se que a renda de muitos egressos se constitui como base para a renda familiar, corroborando estudo realizado por Silva, Rotemberg e Fisher (2011).

3.1.3 Perfil ocupacional

Os participantes têm em média 9 anos de graduados e 7 anos trabalhando como enfermeiros (Tabela 12). Esses dados corroboram com a literatura (SHOJI, 2017; MACHADO et al., 2015), ao referir que a maioria dos enfermeiros está formada há cerca de dez anos. Assim sendo, a enfermagem constitui-se como uma profissão composta por trabalhadores jovens. Ainda de acordo com os autores, infere-se que esse fato pode ter correlação com o aumento de oferta de cursos de graduação e, consequentemente, com o elevado quantitativo de recém-graduados recentemente (MACHADO et al., 2016a).

Tabela 12 − Tempo de trabalho como enfermeiro de egressos de um curso de residência de enfermagem

Variável	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Tempo como enfermeiro (a)	7,242	2,564	2	7	13

Fonte: A autora, 2018.

Sobre o vínculo empregatício (Tabela 13), 52 (58,43%) egressos informaram contrato de trabalho de acordo com a CLT, 29 (32,58%) registraram ser funcionários públicos e os demais se declararam como autônomos (n=1 1%), associados à cooperativa (n=1 1%), e trabalhadores de uma Organização Social de Saúde (n=1 1%).

Tabela 13 − Quantitativo e modalidade de vínculo empregatício de egressos de uma residência de enfermagem

Variável		Frequência	Porcentagem (%)	Faltante
1 vínculo	Autônomo	1	1,12%	6
	CLT	52	58,43%	
	Contrato Cooperativa	2	2,25%	
	Contrato Organização Social	1	1,12%	
	Contrato	1	1,12%	
	Estatutário Temporário	1	1,12%	
	Estatutário	29	32,58%	
	Oficial Temporária	1	1,12%	
	Temporário Marinha	1	1,12%	
2 vínculos	CLT	1	10,00%	
	Estatutário e CLT	9	90,00%	

Fonte: A autora, 2018.

Obteve-se que a maioria dos egressos (n=89, 83,96%) tem apenas um vínculo empregatício e 10 (10%) descreveram ter 2 vínculos empregatícios. Esses dados corroboram com os resultados obtidos em um estudo (MACHADO et al., 2016c) acerca da enfermagem brasileira no qual a maioria (63,7%) dos trabalhadores da enfermagem declarou ter apenas um emprego e 25,1% teriam 2 vínculos empregatícios. Nessa mesma pesquisa, verificou-se que os enfermeiros, especificamente mais da metade (58%), informaram ter apenas um emprego e 32,6% declaram ter 2 a 3 vínculos de trabalho.

Desse modo, as informações obtidas dos egressos e as conclusões da pesquisa de Machado et al. (2016c) desenvolvida sobre a enfermagem brasileira contrariam a noção de múltiplos vínculos de trabalho.

Em contraposição a esses dados, um estudo realizado por Griep et al. (2013) com 3.229 enfermeiros de 18 hospitais públicos do município do Rio de Janeiro descreve dados sobre o multiemprego, revelando que 54,2% (n= 1751) informaram ter dois vínculos empregatícios, enquanto 12,8% (n= 412) descreveram estar vinculados a três empregos e 33% (n= 1066) a apenas um emprego.

Dentre os egressos que estão empregados em apenas uma instituição, destaca-se que 52 (58,42%) têm contrato baseado na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), 29 (32,58%) são empregados em regime estatutário e 2,25% têm contrato com Cooperativas.

Considerando o tempo decorrido da graduação dos egressos, em média 9 anos, observa-se um período de escassez dos concursos públicos na área da saúde. Infere-se que essa diminuição está relacionada ao encolhimento da participação do Estado, como um efeito do modelo neoliberal (ANTUNES, 1995). Desse modo, com a diminuição dos concursos públicos, não é possível suprir a vacância de cargos (SHOJI, 2017) que ocorrem devido a aposentadorias, falecimentos ou demissões voluntárias de funcionários públicos.

Divergindo dos dados deste estudo, uma pesquisa nacional sobre o trabalho da enfermagem, que abordou mais de 250 mil enfermeiros, revelou que nas três esferas de governo verifica-se a predominância de trabalhadores regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU) com 55,7%, 51,2% e 43,9%, respectivamente, nos âmbitos federal, estadual e municipal. No que se refere aos índices de enfermeiros regidos pela CLT, o mesmo estudo apresentou as taxas de 19,9%, 21,6% e 18,1% nas respectivas esferas de governo (MACHADO et al., 2016c).

Dos egressos que possuem 2 vínculos, 9 (90%) têm vínculo trabalhista como funcionário público e também contrato de trabalho baseado na CLT, enquanto apenas 1 (10%) tem os dois vínculos regidos pela CLT.

A maioria dos egressos apontou ter vínculo empregatício a partir de contrato baseado na CLT ou ser funcionário público. No entanto, as OSS têm ocupado os serviços públicos de saúde como exemplo da terceirização desses serviços. Essa modalidade de gestão alcançou os serviços públicos de saúde e implica na redução do número de trabalhadores, resultando na sobrecarga de trabalho dos que continuam nos serviços de saúde. Nesse contexto, o processo de reestruturação produtiva atinge os trabalhadores por meio da precarização não apenas do vínculo de trabalho, mas também das condições de trabalho, da ameaça do desemprego e do subemprego, além de trazer importantes consequências para a qualidade da assistência prestada (SOUZA et al., 2012; SHOJI, 2017; PRATA; PROJIANTI; PEREIRA, 2012; SOUZA et al., 2012).

Tabela 14 − Área de atuação profissional de egressos de um curso de residência de enfermagem

	Variável	N	%	Faltante
1 área	Assistência ao parto domiciliar planejado	1	1,23%	7
	Clínica de Hemodiálise	2	2,46%	
	Clínica	1	1,23%	
	Ensino	5	6,17%	
	Hospitalar	59	72,83%	
	Módulo Transporte	1	1,23%	
	Pré-Hospitalar	1	1,23%	
	Preceptor de Enfermagem	1	1,23%	
	Saúde Ocupacional	1	1,23%	
	Saúde Coletiva; Saúde Pública	9	11,11%	
2 áreas	Hospitalar; Ensino	11	64,70%	
	Hospitalar; Regulação de Vagas	1	5,88%	
	Hospitalar; Saúde Coletiva/Saúde Pública	2	11,76%	
	Saúde Coletiva/Saúde Pública; Ensino	4	23,52%	

Fonte: A autora, 2018.

Em relação à área de atuação dos enfermeiros egressos, admitiu-se mais de uma resposta, considerando a possibilidade de mais de um vínculo de trabalho.

Observa-se sobre os que assinalaram apenas uma área de atuação que a maioria (n=59, 81,94%) atua na área hospitalar. Dentre aqueles que descreveram duas áreas de atuação, a

maioria (n=11, 64,70%) atua nas áreas hospitalar e de ensino, e 4 (23,52%) associam o trabalho na área de saúde coletiva/saúde pública e no ensino. É relevante ressaltar a prevalência do trabalho hospitalar para os egressos da residência.

Estudo realizado com profissionais de enfermagem revelou que 56,5% desses profissionais trabalham em hospitais, 18,1% em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e outros serviços de saúde similares. Em Unidades de Urgência e Emergência, identificou-se 3,3% do total, e o segmento ambulatorial (Clínicas, Policlínicas, Unidade Mista e outros serviços sem internação) concentra 6,1% (MACHADO et al.,2016c). Corroborando esse achado, ressalta-se que, na pesquisa realizada por Shoji (2017), a maioria dos enfermeiros egressos de duas universidades públicas atua em instituições públicas e perfil hospitalar.

Evidencia-se, assim, que mesmo diante de um trabalho desgastante e exaustivo, como o desenvolvido no âmbito hospitalar, esse é o espaço no qual mais se emprega os profissionais de enfermagem, haja vista a necessidade de um grande quantitativo de profissionais devido ao ritmo ininterrupto do trabalho e ao seu elevado nível de complexidade.

Quanto à carga horária de trabalho nos últimos sete dias antes da resposta ao questionário, os egressos responderam que trabalham semanalmente, em média 46 horas, sendo a carga horária mínima revelada de 10 horas e a máxima de 100 horas.

Verifica-se que a média de trabalho semanal excede as 30 horas semanais reivindicadas pelo Conselho profissional da categoria aos órgãos competentes (BARCELLOS DALRI; CRUZ ROBAZZI, 2010). Entretanto, a média de carga horária identificada é semelhante à descrita em outros estudos (MAURO et al., 2010; PINTO; MENEZES; VILLA, 2010; SANTOS; FRAZÃO; FERREIRA, 2011; MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012).

Tabela 15 − Carga horária semanal de trabalho de enfermeiros egressos de um curso de residência em enfermagem

Variável	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Horas de trabalho (7 dias)	46,37	15,13	10	44	100

Fonte: A autora, 2018.

Relaciona-se a carga horária elevada ao fato de os egressos terem mais de um vínculo empregatício na medida em que 86 (66%) informaram ter um vínculo empregatício, 38 (29%) dois vínculos e 1 (1%) três vínculos, e 5 egressos não responderam. Diferentes estudos (FERNANDES et al., 2012; SANTOS; CASTRO, 2010; FRANÇA et al., 2012) apontam que

enfermeiros possuem mais de um vínculo empregatício, o que se infere ocorrer a fim de aumentar o patamar de renda.

Ademais, considerando que a enfermagem é uma categoria essencialmente feminina, assevera-se que a carga elevada de trabalho se soma às tarefas domésticas e de cuidado com a família realizada predominantemente pela mulher, contribuindo para o aumento de uma carga de trabalho já elevada.

A respeito do trabalho noturno de egressos, tem-se que 50,50% (n=50) não trabalham no período noturno e 49,50% (n=49) trabalham em período noturno.

Tabela 16 − Ocorrência de trabalho noturno por egressos de um curso de residência de enfermagem

Variável		**N**	**%**	**Faltante**
Trabalho Noturno	Não	50	47,16	6
	Sim	49	46,22	

Fonte: A autora, 2018.

Em uma pesquisa realizada com enfermeiros, 53,8% (n= 1669) dos entrevistados revelaram carga horária de trabalho semanal de 60 horas e 34,9% (n= 1082) informaram sobre esse quesito mais de 60 horas. Em outro estudo nacional (SILVA; ROTENBERG; FISCHER, 2011) realizado em São Paulo, a média de carga horária semanal trabalhada por enfermeiros foi de 49,7 horas.

Sobre cargas horárias de trabalho elevadas, estudos revelam que há implicações desfavoráveis para a saúde dos trabalhadores (SILVA; ROTENBERG; FISCHER, 2011) e para a qualidade da assistência prestada (SILVA et al., 2006). Além disso, os múltiplos vínculos empregatícios são vistos por profissionais da categoria como questão de sobrevivência, ou seja, para garantir o mínimo indispensável para viver. Os riscos relacionados à saúde do trabalhador quando associada a longas jornadas laborais também têm relação com a ocorrência de acidentes e de erros no exercício profissional (SILVA; ROTENBERG; FISCHER, 2011; GRIEP et al., 2013).

Ainda sobre a carga horária de trabalho semanal, o estudo desenvolvido por Shoji (2017) com egressos de duas universidades públicas no município do Rio de Janeiro revelou que, em média, os enfermeiros trabalharam 45,36 horas.

Tabela 17 − Análise descritiva cruzada entre trabalho noturno e horas trabalhadas nos últimos 7 dias de egressos de um curso de residência em enfermagem

Variável	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Horas de trabalho noturno em uma semana	50,6	14,38	20	48	88

Fonte: A autora, 2018.

Para os egressos que trabalham no período noturno, a média de horas trabalhadas na semana foi de 50,6 horas, com mínimo de 20 e máximo de 88 horas.

A necessidade do trabalho noturno é inquestionável, não apenas pela demanda de assistência nas 24 horas durante a internação hospitalar, bem como dos profissionais de enfermagem, que segundo Mauro et al. (2010) decorre, por exemplo, da conveniência para dar continuidade aos estudos, da responsabilidade com os filhos, além da questão salarial, haja vista o adicional financeiro pelo trabalho noturno.

Entretanto, no trabalho em turnos, os profissionais de enfermagem são submetidos a cargas fisiológicas em decorrência de mudanças nos ritmos circadianos, especialmente resultante do trabalho noturno. A abstenção do sono e as mudanças dos níveis de melatonina provocam gastrites, obesidade, insônia, diminuição da capacidade de julgamento e de atenção, e cânceres (FELLI, 2012). Desse modo, evidencia-se consequências do trabalho noturno para a saúde dos trabalhadores. Ademais, somam-se elevadas cargas horárias e a sobrecarga de trabalho, implicando na intensificação laboral.

Ainda de acordo com o autor, em tais condições, os profissionais de enfermagem estão expostos a várias cargas de trabalho, que produzem desgaste e adoecimento, comprometendo a saúde desses trabalhadores e a qualidade de assistência.

Quanto às condições de trabalho, os egressos responderam acerca do ambiente com relação à temperatura, ao ruído e à iluminação, por exemplo. Tais condições foram informadas como suficientemente adequadas para 41 (48,81%) egressos, pouco adequadas para 24 (28,57%), não adequado para 11 (13,1%) e muito adequado para 8 (9,52%).

Tabela 18 − Avaliação de egressos de um curso de enfermagem acerca das condições ambientais do trabalho.

Variáveis		N	%	Faltante
Condições Ambientais	Muito adequado	8	9,52	19
	Suficientemente adequado	41	48,81	
	Pouco adequado	24	28,57	
	Não adequado	11	13,1	

Fonte: A autora, 2018.

As condições de trabalho da equipe de enfermagem, especialmente em hospitais, têm sido consideradas impróprias, por exemplo, no que se refere às especificidades do ambiente produtor de riscos à saúde (SCHMOELLER et al., 2011; MAURO et al., 2010). Ademais, precárias condições de trabalho implicam na contração da capacidade de trabalho dos profissionais da área (SCHMOELLER et al.,2011).

Nesse sentido, inversamente ao esperado, 48% dos participantes apontaram ter condições ambientais de trabalho adequadas ou muito adequadas, haja vista os registros sobre inadequações do ambiente de trabalhos nos serviços de saúde. Sabe-se que a associação entre inadequações da estrutura de trabalho e a prática do enfermeiro evidencia dificuldades no seu desempenho e, por conseguinte, na qualidade da prática assistencial (GRIEP et al., 2013).

Para o cuidado de enfermagem, a disponibilidade de materiais é fundamental no que se refere à realização de procedimentos, considerando também aqueles que têm a função de proteção individual do trabalhador, os Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Sobre isso, a Tabela 19 mostra que 49 (58,33%) egressos responderam que possuíam material suficiente para o desenvolvimento das atividades laborais, 17 (20,24%) avaliaram o quantitativo como escasso, 13 (15,48%) referiram a disponibilidade além do suficiente e 5 avaliaram o questionamento como não aplicável às suas atividades, certamente, estes dedicam-se a atividades exclusivamente administrativas ou em ambiente escolar.

Tabela 19 − Avaliação de egressos de um curso de residência sobre a disponibilidade de materiais de trabalho

Variável		N	%	Faltante
Materiais disponíveis	Além do suficiente	13	15,48	20
	Suficiente	49	58,33	
	Escasso	17	20,24	
	Não se aplica	5	5,95	

Fonte: A autora, 2018.

O acesso e a disponibilidade limitados de material de qualidade e em quantidade necessária são identificados pelos enfermeiros em uma pesquisa realizada em um hospital de grande porte em Belo Horizonte (MG) como sendo motivo de estresse, desperdício de tempo e desorganização da unidade, o que interfere na qualidade do atendimento em saúde. Além disso, geram sensações de impotência, frustração, angústia e desgaste psicofísico (BRAGA; TORRES; FERREIRA, 2015).

A equipe de enfermagem está fortemente exposta aos riscos de acidentes com material biológico devido à natureza de sua função de prestar cuidado em saúde (SIMÃO, 2010). Entretanto, verifica-se a baixa adesão ao seu uso, conforme descreve um estudo realizado por Cardoso et al.(2010) em um município do estado da Bahia, ao constar que a maioria das unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) tem adequada disponibilidade desses materiais em unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Entretanto, apenas 50% (n=23) do total de entrevistados indicaram usar os referidos equipamentos. Esses dados são relevantes como indicadores da realidade laboral, considerando a importância do uso de EPI para a saúde do trabalhador de enfermagem.

Além da grande exposição aos riscos biológicos, os riscos ergonômicos atingem os trabalhadores de enfermagem em situações como o transporte manual de peso, a repetitividade das atividades, o ritmo intenso de trabalho e a adoção de posturas não adequadas (BESSA et. al, 2010). Somam-se a estes, a sobrecarga de trabalho como uma condição que favorece a ocorrência de acidentes de trabalho (GALLAS; FONTANA, 2010).

No que se refere ao quantitativo de técnicos de enfermagem na equipe, como demonstra a Tabela 20, 39 (46,43%) julgaram o quantitativo como suficientemente adequado, 34 (40,48%) como não adequado e 1 (1,19 %) como além do adequado, e 10 (11,90%) dos egressos referiram que o questionamento não se aplicava à sua atividade laboral, provavelmente por não atuar no contexto assistencial.

Tabela 20 − Avaliação de egressos de um curso de residência sobre a adequação do quantitativo de técnicos de enfermagem na equipe de trabalho

Variável		**Frequência**	**Porcentagem (%)**	**Faltante**
Técnicos de Enfermagem	Além do Adequado	1	1,19	20
	Suficientemente Adequado	39	46,43	
	Não Adequado	34	40,48	
	Não se Aplica	10	11,90	

Fonte: A autora, 2018.

Estudos (VERSA et al., 2011; MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013) revelam que a inadequação do quantitativo da equipe de enfermagem pode implicar em riscos de complicações do estado de saúde dos clientes e na ocorrência de eventos adversos, como queda, erros relacionados à medicação e infecção hospitalar, especialmente em pacientes graves. Ademais, verifica-se que a satisfação da clientela sobre o atendimento da equipe de enfermagem foi inversamente proporcional à maior relação número de auxiliares ou técnicos de enfermagem/paciente (MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013).

Entretanto, os dados referentes à avaliação dos egressos sobre esse significativo elemento da assistência de enfermagem surpreenderam pela descrição de 39 (46,43%) participantes sobre a adequação do quantitativo da equipe, embora 34 (40,48%) participantes tenham considerado o referido quantitativo inadequado. A descrição acerca da inadequação do contingente de técnicos de enfermagem corrobora as pesquisas citadas, além de ser condizente com o panorama laboral em saúde atual, de sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem associado à contração do quantitativo de profissionais de saúde, especialmente devido ao processo de terceirização (ANTUNES, 2005; BRAGA; TORRES; FERREIRA, 2015).

Tabela 21 − Afastamento do trabalho referido por egressos de uma residência de enfermagem

Variável		**N**	**%**	**Faltante**
Afastamento	Não	86	81,13	5
	Sim	14	13,20	

Fonte: A autora, 2018.

Observa-se na tabela acima que 86 enfermeiros referiram não ter se afastado do trabalho. Em contraposição, 14 egressos assumiram afastamento das atividades laborais. A Tabela 22, a seguir, descreve os motivos de afastamento do trabalho dos egressos.

Tabela 22 − Quantitativo de enfermeiros que se afastaram do trabalho e motivação de afastamento entre um grupo de egressos de um curso de residência em enfermagem

Variável		N	%
Número de egressos que se afastaram do trabalho e motivação de afastamento	Cirurgia	1	7,14
	Fratura do 5º metatarso	1	7,14
	Gestação	1	7,14
	Gripe	1	7,14
	Lesão por esforço repetitivo	1	7,14
	Licença Maternidade	5	35,71
	Litíase renal	1	7,14
	Lombalgia	1	7,14
	Lombociatalgia	1	7,14
	Tratamento de ansiedade, síndrome do pânico, depressão e Síndrome de Burnout	1	7,14
Total		14	

Fonte: A autora, 2018.

Analisando o motivo de afastamento do trabalho, 14 (13,2%) dos 106 egressos revelaram ter se afastado do trabalho no período de até um ano antes de responderam ao questionário. Desse modo, dentre os que se afastaram, 6 (42,8%) distanciaram-se do trabalho por causas relacionadas à gestação, sendo 1 no período gestacional e 5 em virtude da licença maternidade.

Nessa perspectiva, o afastamento devido ao ciclo gravídico puerperal é corroborado pela idade e sexo dos participantes do estudo, sendo a maioria do sexo feminino e em idade fértil (média de 32 anos). De acordo com Cavenaghi e Berquó (2014), no período de 2000 a 2010, identificou-se um aumento aparente na fecundidade de mulheres de 30 anos ou mais entre aquelas com maior escolaridade (9 a 11 anos de estudo).

Essa tem sido uma característica demográfica no Brasil, configurando-se como uma postergação da maternidade, em favor de um maior investimento na carreira profissional e em educação, diante das exigências de um mercado de trabalho competitivo. Outro elemento que tem como efeito a postergação da maternidade é a inequidade de gênero no âmbito familiar, uma vez que a desigualdade na divisão do trabalho doméstico afeta as mulheres, aumentando sua jornada de trabalho (BERQUÓ et al., 2015).

Ressalta-se que 3 (21,4%) egressos relataram afastamento em razão de problemas musculoesqueléticos. Além destes, 1 (7,14%) egresso ausentou-se do trabalho para tratamento de ansiedade, síndrome do pânico, depressão e Síndrome de Burnout.

Observa-se que, no cotidiano laboral, os profissionais de enfermagem estão expostos a diferentes cargas de trabalho que determinam processos de adoecimento, quais sejam cargas biológicas, químicas, físicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas. Como consequência dessa exposição ocorrem a diminuição da capacidade de trabalho, o absenteísmo, o adoecimento propriamente dito e até a morte (FELLI, 2012).

Um estudo (MENDES et al., 2013) desenvolvido com enfermeiros e médicos concluiu que a má avaliação das condições de trabalho está relacionada à sobrecarga de trabalho, o estresse, possibilitando a predisposição dos trabalhadores à desmotivação e até a Síndrome de *Burnout*.

De acordo com estudo desenvolvido por Sancinetti et al. (2009), 28,4% dos trabalhadores de enfermagem afastaram-se do trabalho devido a transtornos mentais e comportamentais. Segundo Felli (2012), as cargas psíquicas geradas pelo trabalho expõem os profissionais de enfermagem ao desgaste mental, em decorrência de condições laborais inadequadas, relações assimétricas na equipe de enfermagem e multiprofissional, além da exposição à violência psíquica, por exemplo.

Um estudo Sancinetti (2009) apontou que 41,5% dos trabalhadores afastaram-se do trabalho devido a Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), que decorrem do demasiado uso da estrutura corporal para a realização do trabalho sem o descanso e recuperação necessários.

No que concerne à oportunidade de capacitação profissional, 39 (43,33%) egressos apontaram que são poucas as possibilidades de realizar atividades para o aprimoramento do conhecimento e 10 (14,44%) declaram não haver tal oportunidade. No entanto, para 29 (32,22%) são satisfatórias as oportunidades e 9 (10%) referem que as oportunidades são muito satisfatórias.

Tabela 23 − Oportunidade de capacitação promovida pelo trabalho de egressos de uma curso de residência

Variável		N	%	Faltante
Oportunidade de capacitação	Existe muito satisfatoriamente	9	10	15
	Existe satisfatoriamente	29	32,22	
	Existe pouca	39	43,33	
	Não existe	13	14,44	

Fonte: A autora, 2018.

O mundo do trabalho, marcado pelo ideário neoliberal, e cenário de rápidas transformações, exige a constante atualização dos saberes, além da polivalência de atuação (ANTUNES, 2005). Sobre isso, no contexto da globalização, há uma ressignificação do trabalho a partir do qual há a exigência de um trabalhador multiqualificado, polivalente, devendo exercer ocupações de cunho mais abstrato e intelectual, realizando menos atividades manuais. Além da aptidão para efetuar diagnóstico, solucionar problemas, tomar decisões, intervir no processo de trabalho, trabalhar em equipe, auto-organizar-se e lidar com situações em constante transformação (ANTUNES, 2005). Nesse sentido, Deluiz (2017) assevera que o perfil do profissional polivalente exige o perfil de um profissional generalista, com competências alicerçadas em uma educação abrangente, em detrimento de um especialista.

Os processos de educação possibilitam não apenas o desenvolvimento do trabalhador ao atualizar e aprofundar o conhecimento, como também processos de mudança necessários nas práticas assistenciais nos serviços de saúde, articulando aprendizado e reflexão crítica. Em consequência disso, é possível obter melhorias na qualidade da assistência em saúde e a maior satisfação da clientela (PALHARES GUIMARAES; HAUEISEN MARTIN; PAOLINELLI RABELO, 2010).

Diante da resposta da maioria dos egressos sobre a pouca oportunidade de capacitação, infere-se que, apesar das exigências do mundo laboral por continuidade do processo de aprimoramento do trabalhador, os processos educativos estão secundarizados pelos gerentes da assistência diante da realidade de escassez de profissionais e da consequente sobrecarga de trabalho, presentes no cotidiano do trabalho em saúde.

Por fim, acerca das possibilidades de participar da tomada de decisões e de agir com autonomia, a Tabela 23 descreve a avaliação dos egressos.

É relevante esclarecer que entende-se por autonomia a consciência de que o indivíduo tem o poder de decisão sobre suas ações, de definir metas que avalie adequadas aos seus ideais e comandar suas decisões (KRAEMER; DUARTE; KAISER, 2011).

A maioria dos egressos apontou a escassa ou nenhuma possibilidade de participação na tomada de decisões (n=41, 38,67%) e como parcial ou não existente a sua autonomia no trabalho (n=62, 58,48%). Em contraposição a esses dados, 11 (10,37%) e 10 (9,43%) egressos afirmaram ser muito satisfatória a participação na tomada de decisões e que existe plena autonomia em seu trabalho, respectivamente.

Tabela 24 − Avaliação de egressos de um curso de residência sobre a possibilidade de tomar decisões e/ou participar de tomadas de decisão e de autonomia no trabalho

Variável		N	%	Faltante
Tomada de Decisão	Existe muito satisfatoriamente	11	10,37	19
	Existe satisfatoriamente	32	30,18	
	Existe pouca	36	33,96	
	Não existe	5	4,71	
Autonomia	Existe plenamente	10	9,43	19
	Existe parcialmente	55	51,88	
	Existe pouca possibilidade	12	11,32	
	Não existe	7	6,60	

Fonte: A autora, 2018.

De acordo com os dados acima, infere-se que a maioria dos enfermeiros desenvolve seu trabalho com importante grau de limitação de sua autonomia e de participação na tomada de decisões no contexto laboral. Desse modo, ressalta-se que a assistência de enfermagem pode distanciar-se da perspectiva de qualidade pretendida, além disso, afetar negativamente a subjetividade desses profissionais.

Relações desiguais nos contextos das equipes de enfermagem e multiprofissional retratadas na pouca autonomia e pouca participação em processos decisórios implicam em processos de trabalho desmotivadores e na vulnerabilidade psíquica dos trabalhadores de enfermagem (FELLI, 2012).

A caracterização sociodemográfica e ocupacional dos egressos da residência apontaram especificidades que convergiram e divergiram de diferentes estudos sobre a enfermagem brasileira. Ademais, trazem relevante contribuição para o aprimoramento do processo de ensino-aprendizagem e para iluminar o objeto deste estudo.3

3.2 **Análise documental**

A análise de documental foi executada nos seguintes documentos do curso de residência: (i) ementas de disciplinas teóricas e práticas do curso (APÊNDEICE E), e (ii) deliberação que autoriza a criação do curso de especialização em enfermagem na modalidade residência na instituição em tela.

Os dados referentes à análise documental foram apresentados no conjunto da análise histórico-dialética, tornando-a mais abrangente.

3.3 **Análise histórico-dialética**

A aplicação do método dialético no conteúdo das entrevistas resultou na criação de cinco categorias analíticas. Apresenta-se a seguir a sequência e organização das categorias e subcategorias analíticas, conforme exposto no Quadro 5.

Quadro 5 − Estrutura organizativa de categorias e subcategorias (continua)

Categorias	**Subcategorias**
1ª Categoria: O mundo do trabalho e sua complexidade política, econômica e técnico-científica	1ª Subcategoria: Influência político-econômica e suas adversidades e consequências no mundo do trabalho
	2ª Subcategoria: A configuração do cotidiano laboral e seus impactos para o trabalho de enfermagem
2ª Categoria: Fatores intervenientes que afetam o cotidiano laboral e suas consequências para o trabalhador	1ª Subcategoria: Violências sociais e laborais
	2ª Subcategoria: Violência e sentimento de desvalorização
	3ª Subcategoria: Formação Acadêmica da Enfermagem

Fonte: A autora, 2018.

Quadro 5 − Estrutura organizativa de categorias e subcategorias (conclusão)

Categorias	Subcategorias
3ª Categoria: Impactos do mundo do trabalho na subjetividade do trabalhador	_____
4ª Categoria: Recursos para o enfrentamento das adversidades no mundo do trabalho	_____
5ª Categoria: O curso de Residência para além do mundo do trabalho: uma contribuição de caráter pessoal	1ª Subcategoria: Aquisição de conhecimento, desenvolvimento de habilidades e formação de atitudes
	2ª Subcategoria: Curso de Residência como importante modalidade de aprendizagem de enfermeiros

Fonte: A autora, 2018.

3.3.1. 1ª Categoria: o mundo do trabalho e sua complexidade política, econômica e técnico-científica

Nesta categoria, devido à multiplicidade e à riqueza do conteúdo abordado, optou-se em dividi-la em duas subcategorias denominadas de: I) Influência política e econômica e suas adversidades e consequências no mundo do trabalho; II) Configuração do cotidiano laboral e seus impactos para o trabalho de enfermagem.

3.3.1.1 1ª Subcategoria: influência político-econômica e suas adversidades e consequências no mundo do trabalho

A presente subcategoria abordou elementos relativos ao ponto de vista dos enfermeiros egressos do curso de residência sobre o mundo do trabalho em uma perspectiva mais ampla, envolvendo a ingerência da política e da economia na especificidade do setor saúde.

Os participantes do estudo têm, em média, 9 anos de graduação e 7 anos de exercício laboral como enfermeiro e, quanto à percepção acerca do mundo do trabalho na área da saúde

e de enfermagem, aludiram a questões relacionadas ao âmbito macro e microestrutural que interferem no processo e na organização laboral, discorrendo sobre temas que envolvem a política e a economia brasileira e internacional. Mas, também, contextualizaram sobre características da organização e da dinâmica laboral em saúde que têm impactos no trabalho da enfermagem.

> Percebo, a partir dos estudos desenvolvidos no mestrado, que o trabalho em saúde tem muitos aspectos influenciados pelo neoliberalismo. Então, vejo que a saúde é vista como mercadoria, é um produto e, consequentemente, o trabalho também vai sofrer os efeitos do neoliberalismo. (E 22)

A fala explicitada acima revela a capacidade crítica da participante em relação à saúde como mercadoria e como possibilidade de se obter lucro nesse setor de serviços, inclusive apontando que a saúde como produto vendável se consolida a partir do ideário neoliberal aplicado nos setores de serviço como saúde e educação.

Entretanto, destaca-se importante contradição, considerando que a saúde é um bem que deve ser garantido pelo Estado aos cidadãos, conforme definem a Constituição brasileira promulgada em 1988 e a lei do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta neoliberal se desenvolve na contramão dessa garantia, inclusive provocando a ascendente trajetória de (des)responsabilização do Estado em setores fundamentais como o da saúde.

Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010) apontam que a franca ascensão do neoliberalismo e da globalização fortaleceu a organização da economia em torno do mercado e ocasionou simultâneas mudanças em todo o mundo. A proposta neoliberal incluiu uma revolução tecnológica, impulsionando aceleradas modificações no mundo do trabalho, nos modos de produção e na organização do trabalho com o fito de maximizar os lucros.

Nesse sentido, como expressão do ideário neoliberal, o Brasil vem sofrendo importante e amplo processo de reforma de Estado (CECIM, FEUERWERKER, 2004), além de novos padrões organizacionais e tecnológicos que influenciaram no contexto social do trabalho e suas novas formas de gestão (ANTUNES, 2005).

> [...] mesmo no serviço público você vê que tem muito dessa questão do neoliberalismo com o objetivo de diminuição dos custos para o Estado. Por exemplo, onde eu trabalho sou uma única enfermeira, mas exerço três papeis, pois exerço papel de especialista, exerço papel de enfermeira generalista e exerço o papel de enfermeira gerencial. Então, isso para mim é uma consequência desse neoliberalismo desenfreado, que faz com que o profissional seja polivalente e o Estado reduza custos com pessoal e com material em serviços essenciais como o da a saúde. (E 22)

> [...] o que a gente só vê é corte de verbas para a saúde, é aumento da previdência, de tempo de trabalho, é redução de recurso humano, assim, está só apertando. Não sei se quem trabalha no particular tem uma outra perspectiva, porque é tudo muito diferente, mas aqui (*no serviço público*), para mim, eu vejo muito difícil, e que por sinal é uma perspectiva nacional e até mundial. (E 13)

> [...] eu entrei já no mercado de trabalho em um momento que a situação do poder público já estava entrando em crise, já estava em uma descendente, precarizado por conta desta restrição dos gastos do governo aos serviços fundamentais ao bem-estar da população. (E19)

Portanto, os entrevistados expressam com clareza os efeitos da lógica neoliberal no setor público de saúde, na medida em que os percebem no próprio contexto de trabalho. Destaca-se que os entrevistados, conforme complementa E22, identificam que as estratégias para a redução de custos ocorrem, especialmente, no que se refere ao corte de verbas e à falta de pessoal.

No Brasil, verificam-se críticas frequentes em relação ao processo de gestão do setor saúde, considerando inúmeros problemas apresentados, por exemplo, a oferta de assistência resolutiva, falta de leitos para internação da população doente, erros no desenvolvimento do processo de trabalho, entre outros, que se articulam com a incompetência da esfera gestora e com os fundamentos de uma organização laboral – neoliberal – que não se coaduna com o objeto de trabalho em saúde.

A administração em saúde tem como definição o conhecimento aplicado para o gerenciamento do conjunto das organizações de saúde (LORENZETTI, 2014). De acordo com Cecílio (2009), a gestão em saúde está baseada em métodos e estratégias tradicionais, apoiados na teoria clássica da administração.

Lorenzetti (2014) salienta que um relevante problema no setor saúde está na gestão, a qual ainda é arcaica e fundamentada em preceitos que não se aplicam nesse setor, carecendo de modernização e transformação. Destacam-se, assim, os principais pontos vulnerais da gestão em saúde: o despreparo dos profissionais para o exercício da administração; e o ritmo lento de incorporação de tecnologias da informação, de processos de gestão e de organização do trabalho.

Sobre tal situação, a participante E12 aponta o cunho político das ações de gestão e a necessidade da qualificação dos gestores na administração do complexo público de saúde.

> No Brasil, tudo que é muito político a gente tem problemas, então, se nós tivéssemos gestões mais profissionais, de repente poderia ter alguma melhoria. Assim, vemos que o diretor de um hospital, muitas vezes, é escolhido pela questão política e não por competência. E desse modo, vemos isso em todas as instâncias do serviço de saúde, nem o ministro da saúde é da área. (E12)

No Brasil, indicação política de gestores está estabelecida em todos os níveis de gestão, desde as instâncias governamentais até as instituições estatais. Essa característica revela importante contrassenso, considerando que o campo da saúde é complexo em sua realidade epidemiológica e tecnologia.

Além disso, trata-se de uma área nobre no que se refere à responsabilidade do Estado na garantia da saúde da população. Dessa forma, a indicação política para a condução dessa esfera pública em detrimento da escolha técnica limita o seu desenvolvimento, reduzindo as necessidades da população aos interesses e ambições políticas dos responsáveis em atendê-las.

Nessa perspectiva, constata-se, por exemplo, a alta rotatividade dos gestores nos diferentes níveis de governo relacionada aos processos partidários e eleitorais, implicando em descontinuidade dos objetivos e missões das instituições de saúde, gerando desmotivação dos profissionais e repercussões negativas na qualidade do atendimento (AMARAL, 2011). Além desse aspecto, verifica-se no Brasil a noção de que administrar é uma aprendizagem na prática, e não baseada em processos formativos a fim de qualificar o profissional para a liderança de grupos e para a gerência com vistas na eficácia das organizações (AMARAL, 2011).

> [...] eu vejo, principalmente no Rio de Janeiro, que existe uma precariedade e uma negligência muito grande que sobrecarrega o profissional; e, infelizmente, a gente acaba fazendo parte disso, de uma forma ou de outra, não diretamente, mas indiretamente. E essa crise, que eu julgo que também não é só questão financeira, também é uma questão administrativa, pois não temos pessoas capacitadas, estudiosas, experientes nas posições de gestão. (E12)

A lógica neoliberal visa ao aumento do lucro por meio de alguns mecanismos, por exemplo, a terceirização e subproletarização, ocasionando a desregulamentação dos direitos sociais e trabalhistas, promovendo o trabalho precário e parcial, bem como elevando o desemprego estrutural (ANTUNES, 2011). Ademais, outro mecanismo para maximizar a lucratividade é a redução do quantitativo de trabalhadores e de materiais.

Observou-se que os participantes identificam em sua realidade laboral tal situação:

> [...] percebo que não estão visando a qualidade, estão visando uma acreditação para que a instituição continue com benefícios deste processo de acreditação. Assim, o que o gestor vê é a saúde como mercadoria e não como qualidade. Eles vêm com uma comissão e oprimem os funcionários, nos deixam cada vez mais estressados e doentes apenas visando lucro, e nem esse lucro a gente consegue ver como uma gratificação. (E24)

Na fala de E24, registrou-se uma contradição, tendo em vista que o processo de acreditação anuncia a busca da melhoria de processos em direção à qualidade assistencial, baseando-se no processo educativo para as transformações necessárias. Entretanto, é perceptível para os trabalhadores a proposta de um processo de mudança de atitudes impositivo, opressor e que visa ao lucro devido aos benefícios que a acreditação pode gerar para a instituição.

> A gente acha que o público é um coisa ruim porque tem problema de verbas, de estrutura, de falta de funcionário. Mas, o particular mesmo tendo esses elementos consegue, às vezes, ser pior. Porque no particular você está lidando com a questão financeira. Assim, tem que ficar muito atento para anotar o material gasto, se o procedimento foi necessário, como que você tem que descrever no prontuário, se o plano de saúde vai aceitar da forma como você descreveu, quanto que foi contabilizado para aquele paciente, se aquele paciente deveria mesmo estar internado naquele setor. O paciente é cuidado, mas a primeira visão é a questão financeira. (E 9)

> Na rede privada, infelizmente, eles priorizam muito o capital, muito o lucro e pouco a qualidade da assistência. Eu vivencio isso todos os dias. Então, eles dão um quantitativo de funcionários para a gente trabalhar que, infelizmente, você tem que se virar com o que tem, entendeu? Não oferece o quantitativo ideal pra gente suportar a demanda de trabalho, para a gente poder oferecer uma assistência de qualidade. Infelizmente, isso não acontece. Eles priorizam muito o capital, o lucro e baixo custo. (E4).

Os programas de acreditação hospitalar propõem-se a estimular a melhoria da qualidade da assistência e a tornar o gerenciamento hospitalar mais eficiente, o que gerou o programa de Acreditação Hospitalar, desencadeado nos EUA (PERTENCE; MELLEIRO, 2010; FORTES; MATTOS; BAPTISTA, 2011).

A obtenção da acreditação é percebida como um diferencial de mercado, pois sinaliza socialmente que a instituição busca a qualificação de seus serviços (PERTENCE; MELLEIRO, 2010; JOINT COMMISSION, 2011), tornando-se, assim, um fator significativo, na medida em que pode refletir na satisfação da clientela, além de possibilitar crescimento e maior visibilidade às instituições nos mercados nacional e internacional (BONATO, 201l).

No Brasil, a Acreditação é voluntária e coordenada pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), um tipo de gestão não governamental, que com base na avaliação dos serviços do hospital poderá conceder certificado de acreditação, conforme o cumprimento de padrões do Manual Brasileiro de Acreditação (ONA, 2010).

A Acreditação Hospitalar configura-se como uma metodologia desenvolvida para apreciar a qualidade da assistência oferecida em todos os serviços de um hospital. Tem como base a avaliação dos padrões de referência desejáveis, construídos por peritos da área e

previamente divulgados. Tais padrões são analisados pelo avaliador que emprega indicadores em sua verificação (ONA, 2004).

De acordo com Manzo, Brito e Corrêa (2012), um estudo realizado em uma instituição hospitalar revelou que os funcionários destacaram pontos positivos e negativos sobre a instauração do processo de acreditação em seu cotidiano laboral. Os aspectos positivos foram a possibilidade de crescimento pessoal e de valorização do currículo, a partir da participação em cursos de capacitação e de atualização. De outro modo, foram também elencados aspectos negativos, por exemplo, o estresse e a cobrança provenientes das exigências decorrentes do processo de certificação, gerando a sensação de desmotivação,

No que se refere aos aspectos negativos, a situação de constante cobrança é desencadeadora de estresse para os profissionais envolvidos. Nesse sentido, a fala da participante (E 24) aponta que a forma como o processo é desenvolvido ao buscar a excelência assistencial é tensa e conflituosa, desestabilizando física e psiquicamente o trabalhador. Dessa forma, verificou-se que a proposta da acreditação hospitalar é contraditória, na medida em que é anunciada como sendo um procedimento de avaliação dos recursos da instituição que visa assegurar a qualidade da assistência, baseando-se no processo educativo dos profissionais. E, de acordo com Freire (1996), a educação exige interação no coletivo visando ampliar o desenvolvimento dos indivíduos. Portanto, a comunicação entre os atores e a revisão de processos são indispensáveis em favor do amadurecimento de ideias e propostas. Apesar de ser um processo guiado, o processo educativo demanda tempo para que promova transformações nos indivíduos e, consequentemente, impulsione o aprimoramento dos processos.

A mesma participante (E24) continua sua avaliação acerca dos efeitos indesejados do processo de acreditação, ao referir a posição adotada pelos gestores da instituição diante da necessidade de educação dos funcionários:

> Essa instituição é muito punitiva, então a gente tem advertências para os técnicos [...]uma instituição que não traz muito a questão da educação e aí pune o técnico, retirando o vale alimentação, que é um benefício que a instituição concede. Então, a gente como enfermeiro é cobrado para ser autoritário e não ter diálogo com o técnico sobre os problemas que estão acontecendo. E isso vai de encontro à minha formação [...] Essa falta de educação permanente com os técnicos, principalmente nesse momento de acreditação. (E24)

Verificou-se uma contradição presente no processo de acreditação hospitalar, pois, embora sinalizem seu cunho educativo, cobram dos profissionais procedimentos completamente implantados, sem a inerente orientação e adequado amadurecimento das

modificações, conforme ilustra a fala de E24 sobre a identificação do paciente, uma das metas do Programa de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde:

> Visando a acreditação, [...] as atividades educativas devem ser feitas pela equipe de consultoria, mas até o momento não tivemos nenhuma. A única explicação que tivemos, apresentou que a acreditação tem três passos, e o primeiro a ser implantado e orientando, entre aspas, seria a identificação do paciente. [...]. Num plantão, a consultora falou que era um absurdo estarmos com 90% de inconformidade quanto à identificação do paciente, pois um paciente estava sem pulseira e que o nome do não poderia ser abreviado. Respondi que eu e minha equipe não sabíamos que não poderia haver abreviação, e que não havíamos recebido esta orientação. [...] Eu sei que se fosse uma acreditação naquele momento, o hospital perderia, mas estávamos num momento de educação! (E24)

Observou-se ainda a utilização de uma metodologia punitiva em detrimento da lógica educativa no processo, o que desprestigia a noção de trabalho conjunto de uma equipe, sugerindo o individualismo e até a competitividade.

Destaca-se que essa lógica contradiz ainda a proposta incentivada e adotada pelo governo brasileiro no Programa de Segurança do Paciente, com vistas ao monitoramento e prevenção de danos na assistência à saúde (BRASIL, 2014). Nesse sentido, é necessário estabelecer uma cultura de segurança, que no nível organizacional é definida como ação fundamental no processo de melhoria da segurança do paciente no âmbito hospitalar (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON; 2000).

Reason (2004) salienta a importância da cultura de segurança nas organizações de saúde, nas quais não ocorra punição dos erros, mas, sim, de condutas impróprias, possibilitando, assim, o relato dos erros em um ambiente seguro e estimulando a discussão acerca das falhas ocorridas, analisando as situações que as antecederam e identificando fragilidades a fim de que sejam revistas.

> A cultura de segurança é definida como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação fundamentada na confiança mútua, pela percepção comum da importância da segurança e da confiança na efetividade de medidas preventivas (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013, p. 2033).

Com a ocorrência dos elementos descritos pelos egressos, verificou-se, conforme sinalizam Góis, Medeiros e Guimarães (2010), que a realidade do trabalho passa a ser caracterizada pelo aumento do ritmo de trabalho, pelo aumento do trabalho temporário, pelo individualismo, pela competitividade acirrada entre os trabalhadores, pela busca de

capacitação voraz e ininterrupta de grupos seletos de trabalhadores, pela polivalência e multifuncionalidade daqueles que permanecem no mercado de trabalho, entre outras mudanças. A fala destacada a seguir evidencia esse contexto adverso:

> Os trabalhadores, por conseguinte, estão sofrendo mais exploração no sentido de sobrecarga de trabalho, de salários não adequados para o que exercem, uma concorrência absurda no mercado de trabalho, serviços de saúde com menos qualidade; tudo em favor de mais lucro para quem detém o controle dessas empresas que chamamos de hospitais (E22).

Constata-se, assim, que os participantes têm clareza do processo de transformação que vem sofrendo o setor saúde e da precarização das condições e relações de trabalho, uma vez que, pelos seus relatos, evidencia-se consonância com o que tem se pesquisado e publicado sobre esse tema. Assim, isso permite destacar que, em concomitância com a incorporação de tecnologias digitais, dá-se a informalização do trabalho, expandindo o número de trabalhadores terceirizados, subcontratados e em tempo parcial (ANTUNES; BRAGA, 2009).

Considerando que a maioria dos egressos tem apenas um vínculo empregatício, dentre estes, 52 (58,43%) afirmaram trabalhar sob o regime da CLT, enquanto 29 (32,58%) são funcionários públicos. Além disso, dentre os que asseveraram ter uma área de atuação, a maioria dos egressos (n= 59, 72,83%) asseverou desenvolver suas atividades laborais em instituições hospitalares.

Segundo Kalleberg (2009), a expansão do trabalho precário em todo o mundo está relacionada ao crescimento da globalização e do neoliberalismo, às mudanças tecnológicas e ao arrefecimento da ação sindical. No Brasil, a crise econômica ocorrida nos anos de 1990, em que se assistiu a pouco dinamismo do mercado de trabalho, as reformas liberais fomentaram a privatização e a desregulação do trabalho, resultando no aumento da precarização dos vínculos laborais.

> Eu tive experiência também numa unidade de saúde gerenciada por uma OSS [Organização Social de Saúde] e lá a gente não tinha realmente nenhum estímulo, pelo contrário, eu fiquei lá 4 anos e mudou a empresa três vezes e nesse período, a cada empresa que entrava, os profissionais perdiam o décimo terceiro e férias. Então, que CLT que eles respeitavam? Nenhuma! E os profissionais acabam ficando porque a OS, diferente das instituições privadas, ainda têm carga horária é de 30 horas semanais. Então, as pessoas acabam se sujeitando a ficar naquele local por ter mais privilégios em relação ao privado. (E11)

> A questão do atraso do salário eu passei por isso, passei por OSS [Organização Social de Saúde] que não me pagou até hoje, então isso vai te desestimulando. (E16)

No que se refere ao atraso e à falta de salários, é absurdo que um trabalhador fique sem o pagamento pela atividade laboral exercida, bem como a falta de outros direitos, como o valor adicional relativo às férias, ambos garantidos na CLT. As repercussões, além de afetarem a garantia das necessidades materiais dos profissionais, incidem sobre sua subjetividade, como afirma E16 ao registrar seu desestímulo.

De acordo com a Lei 9637 de 1998, podem ser qualificadas pelo poder executivo como Organizações Sociais (OS) instituições de direito privado, sem fins lucrativos, com atividades relacionadas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde.

As Organizações Sociais de Saúde (OSS) têm autonomia de definição sobre formas de contratação de pessoal, sob qualquer forma de vínculo (BARBOSA; ELIAS,2010). Portanto, conforme as falas de E11 e E16, é notória a insegurança do trabalhador e o consequente desestímulo, em condições de direitos trabalhistas negados e a posição de fragilidade para exigência dos mesmos, considerando a possibilidade de não estar vinculado à instituição, em caso de reivindicação jurídica de direitos.

Segundo Correia (2011), as Organizações Sociais (OS) não realizam concurso público, provocando a flexibilização e a precarização dos vínculos trabalhistas. Essas práticas possibilitam o clientelismo e o assistencialismo. Nesse sentido, há uma propensão ao enfraquecimento de organizações de classe, implicando na perda da autonomia dos profissionais.

Identificou-se, portanto, contradição em as OS terem sua inserção permitida na área da saúde pelo governo a título de melhoria dos serviços públicos, mas incorrem em ações ilícitas em suas atividades.

O jornal O Globo divulgou em 2016 que diversas OS estiveram sob investigação do Ministério Público por denúncias de não fornecerem condições adequadas aos pacientes e até casos de supostos desvios de recursos públicos. A maioria das investigações teve por base auditorias realizadas pelo Tribunal de Contas do Município (TCM) em OSS que tinham contrato com a prefeitura. Em alguns casos, os auditores constataram superfaturamento de até 508% na compra de medicamentos.

O Jornal do Brasil publicou em 5 de junho de 2018 notícias sobre o esquema de corrupção no qual estão envolvidas Organizações Sociais de Saúde nos âmbitos estadual e municipal e ex-gestores do setor. O jornal registra a soma de valores desviados conhecidos até o momento de cerca de R$ 350 milhões. Valor com o qual, exemplificou o jornal, poderiam ser instalados 50 mil consultórios odontológicos públicos por todo o Rio, além de 4.375

Academias de Saúde para a prevenção contra doenças por meio de atividades físicas. Com esse valor poderiam, ainda, ser comprados cerca de 875 aparelhos de tomografia, 5 mil mamógrafos, além de 35 mil desfibriladores cardíacos.

Fica explícito o absurdo na existência de OSS na administração de instituições públicas de saúde, uma vez que foram anunciadas como estratégia de qualificação da assistência em saúde, mas que servem à manobra política para desvio de recursos públicos, mantendo a corrupção. Associado a esse grave fato, sua atuação promove inadequadas condições de assistência à população e o descabido gerenciamento da organização do trabalho.

Observa-se no setor saúde que como uma área essencial deveria estar estruturada com profissionais qualificados e estatutários. No entanto, verifica-se, atualmente, nas instituições de saúde, um considerável volume de contratações de serviços por terceirização (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012; VASCONCELLOS; ABREU; MAIA, 2012).

Considerou-se também como uma contradição o fenômeno da mescla de vínculos de trabalho existente no setor saúde, uma vez que esse setor realiza um serviço considerado essencial para a sociedade e, como tal, deveria constar como prioridade de investimento financeiro e gerencial. Entretanto, o próprio poder público distancia-se desses serviços, na medida em que a destinação de verbas tem sido asfixiada e a gestão de inúmeras unidades do sistema público tem sido terceirizada, bem como parte significativa de seus trabalhadores. De outro modo, conforme assevera Kalleberg (2009), esse fenômeno compõe o arcabouço do projeto neoliberal na sociedade brasileira.

Segundo Kalleberg (2009), a expansão do trabalho precário em todo o mundo está associada ao crescimento da globalização e do neoliberalismo, às mudanças tecnológicas e ao esmorecimento da ação sindical. No Brasil, o avanço da precarização resultou em mudanças acompanhadas de privatização e de desregulação do trabalho, da ampliação dos níveis de desemprego e, consequentemente, de informalidade. Os limites da formalidade dos vínculos empregatícios estão sendo derrubados, inclusive, no setor público (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES; 2010; MARTINS; MOLINARO, 2013). Dessa forma, assistimos às esferas de governo ampliando a contratação de organizações sociais para a prestação de serviços na área da saúde e diminuindo a realização de concursos públicos para os trabalhadores da saúde. Além disso, essas contratações submetem a organização da assistência à lógica da produtividade, e não da do planejamento de ações centrado nas necessidades de saúde da população.

Além do mais, a conjugação entre padrões de produção tecnologicamente mais avançados e a melhor qualificação do trabalhador tem como resultante a exploração da força de trabalho (ANTUNES, 2012).

Portanto, observa-se a condição de fragilidade do trabalhador com relação ao contexto de insegurança dos vínculos empregatícios, associado ao risco de desemprego. Além disso, as atividades laborais exigem aprimoramento constante de seu conhecimento técnico e a ampliação de sua capacidade de adaptação às rápidas e constantes mudanças que reestruturam o mundo do trabalho.

3.3.1.2 2ª Subcategoria: a configuração do cotidiano laboral e seus impactos para o trabalho de enfermagem

Associada à visão macroestrutural sobre o impacto do ideário neoliberal no setor saúde, os participantes discorreram sobre a especificidade da organização e do processo de trabalho nesse setor e as repercussões no cotidiano de trabalho da enfermagem.

Assim, os egressos destacam que experienciam grande sucateamento na rede de serviços públicos de saúde, precarização das condições de trabalho, salários defasados e volume elevado de atividades.

> No SUS eu vejo perspectivas cada vez piores. Mão de obra cada vez mais precarizada porque as pessoas não conseguem ter boas condições de trabalho, ambientes repletos de riscos ocupacionais, salários atrasados, sem material para trabalhar, sem tecnologias primordiais para assistir o doente, trabalho por produtividade, e como desdobramento, verifica-se trabalhadores exaustos, e vários casos de adoecimento. (E13)

> No dia a dia o que se vê é falta de insumo, falta de material, condições sucateadas de trabalho, sobrecarga de trabalho, dimensionamento inadequado de pessoal. (E14)

Nas entrevistas de E13 e E14, foram sinalizados fatores que prejudicam o desenvolvimento das atividades laborais, como a sobrecarga da força de trabalho devido às insatisfatórias condições para o desenvolvimento das atividades. Tais condições prescindem de materiais quantitativa e qualitativamente adequados. Além disso, apontam que número de trabalhadores é também inadequado.

> Hoje em dia, você tem uma demanda de serviço muito grande e quando você vai ver os profissionais disponíveis para dar conta daquilo, geralmente é aquém do que deveria ser o ideal. O serviço é dado e temos que dar conta, mas a custo de muito comprometimento de pessoas, causando tanto desgaste físico e mental quanto social. Os profissionais saem depois das 12 horas desgastados, acabados, e aí você vê que é dado conta do serviço, mas com um impacto muito negativo. (E10)

O deficit de pessoal, seja no serviço público ou privado, vem se agravando após a reforma do Estado, tendo como diretriz básica a redução de despesas, principalmente do quantitativo de funcionários públicos, causando efeitos imediatos na política de recursos humanos em saúde, expressos em dificuldades assistenciais e gerenciais, visto que vem afetando diretamente o numerário de profissionais nas instituições assistenciais (GARCIA et al., 2012; MAURO et al., 2010). E tal quadro emergiu nas falas dos participantes como um fator que vem interferindo muito no cotidiano do trabalho, na qualidade da assistência prestada e na saúde dos trabalhadores.

> Das experiências que eu já tive, penso que a mais ruim é déficit de pessoal. Por mais que a gente tenha alguns cálculos de dimensionamento, eu acho que às vezes a gente nivela por baixo, porque quando a gente pensa realmente nas necessidades do paciente, a gente vê que nós precisamos de pessoas ali, *in loco*, realmente ao lado do paciente. Então, esse seria o primeiro ponto, essa questão do número de pessoal deficitário e, consequentemente, você tem uma sobrecarga e adoecimento dos profissionais. (E 12)

Observou-se nas falas de E12, E21 e E24 que associado ao fenômeno da sobrecarga de trabalho apontam a grande exigência de o trabalhador realizar muitas e diversificadas tarefas, inclusive para além de suas atividades específicas. Sinalizam que a qualidade da assistência sofre prejuízos, como um impacto desse processo.

De forma contraditória às falas dos entrevistados, ao responderem ao questionário, os egressos apontaram, em sua maioria: (1) a adequação do quantitativo da equipe de enfermagem (n=39, 46,43%); (2) as condições ambientais (temperatura, ruído e iluminação) como suficientemente adequadas (n= 41,48,81%); e (3) a disponibilidade de materiais como suficiente (n=49, 58,33%) para o desenvolvimento das atividades laborais.

Além de lidar com as condições objetivas do trabalho como a escassez de recursos materiais e de trabalhadores, a desvalorização da profissão surge como um fator a ser considerado, na medida em que tem impacto na subjetividade do profissional. Além da desvalorização citada, um fator que permanentemente qualifica o trabalho da enfermagem é, como refere E15 a seguir, a noção de que não realizar as inúmeras tarefas que são cobradas sugere incompetência para o desempenho de seu papel.

Segue-se também que E24 localiza a enfermagem como refém desse contexto devido à possibilidade de desemprego, considerando a crise pela qual passa no mercado de trabalho. É possível ainda associar a possibilidade do desemprego, o subemprego, os vínculos precários de trabalho como alternativas insatisfatórias, conforme será descrito adiante.

> Eu observo que muitas atividades são deixadas a cargo da enfermagem, porque acham que a enfermagem vai dar conta. A enfermagem abraça tudo, e temque dar conta de quase tudo na unidade. (E 21)

> Eu acho que o enfermeiro é visto como polivalente, ele tem que saber tudo e tem que resolver tudo, senão ele é malvisto. (E 15)

> O mundo do trabalho atualmente está sendo bem árduo. Se a gente for levar em consideração, por exemplo, um enfrentamento que a gente sempre tem que ter é a desvalorização da enfermagem, principalmente na questão de carga horária e de cumprimento do seu código de ética, que muitas vezes ultrapassa as nossas atribuições, que nos colocam situações que dificultam o desenvolvimento da boa enfermagem, principalmente nos hospitais particulares. É a atual crise no mercado, que nos faz cada vez mais reféns, de estarmos aceitando esses tipos de imposições. (E24)

Os egressos E15, E21 e E24 registram a grande sobreposição de funções e atividades, sendo um contrassenso na medida em que a diversificação de responsabilidades promove a pulverização da atenção e do investimento de trabalho. Assim sendo, o enfermeiro pode se afastar do cuidado direto ao seu cliente e submete-se a uma organização laboral que explora sua força de trabalho.

A ocorrência desse fenômeno aponta para a necessidade de intervenção de órgãos de classe profissional como o Conselho de Enfermagem, responsável pela fiscalização do exercício profissional dos profissionais de enfermagem.

Além da função assistencial, os enfermeiros realizam tarefas administrativas que incluem gerenciamento de conflitos; tomada de decisões que muitas vezes fogem das suas atribuições; orientação, coordenação e supervisão da equipe de enfermagem, do ambiente e dos materiais (VALERETTO; ALVES, 2013). Essa multiplicidade de tarefas, atribuições e atividades fica evidente na fala selecionadas a seguir:

> É uma sobrecarga enorme de trabalho. A gente tem que fazer a assistência ea parte burocrática, que são as planilhas de acompanhamento de câncer de colo de útero, câncer de mama, hemoglobina glicada. Também temos que acompanhar os pacientes com diabetes que estão descontrolados, os pacientes que têm feridas crônicas. Além disso, temos que fazer as visitas domiciliares e ainda, pelo menos, uma ou duas vezes no mês temos que fazer uma ação em escola que está dentro no território. São muitas funções para um ator só ter que dar conta. (E 15)

Apresenta-se a seguir um relato relevante sobre o peso das funções administrativas do enfermeiro e alguns prejuízos para o processo de trabalho em saúde e enfermagem:

> Desenvolver um trabalho em equipe está tudo muito mais complicado, porque a gente precisa de muita habilidade para lidar com os membros da equipe, porque acaba que os técnicos estão fazendo o que a gente precisa fazer, pois estão mais na prática, na ponta da assistência. Outra coisa é que você só tem que trabalhar por trabalhar. Você não pode liberar para um evento, você não tem a oportunidade de ver a pessoa crescer, a gente até tenta "ah, vai para o evento", a gente até tenta um patrocínio, qualquer coisa, mas é muito difícil, você não tem a ajuda de nada, o instituto não está dando nada. Infelizmente, é só arrochar, arrochar, arrochar. (E13)

Cabe destacar que, na fala de E13, identificaram-se contradições no que diz respeito aos técnicos de enfermagem realizarem atividades que lhes foram delegadas pelo enfermeiro, apesar deste devê-las estar executando, como também acerca da dificuldade de investimento na capacitação do profissional, uma vez registrado que há obstáculos para a liberação do funcionário para tais atividades.

Esses dois fatos demonstram contradições acerca da busca pela qualidade da assistência. Percebeu-se, portanto, que o impacto na qualidade da assistência é relevante, na medida em que a assistência direta ao cliente, "estar na ponta da assistência" como refere o egresso entrevistado, é necessário ao enfermeiro a fim de melhor planejar a assistência da equipe de enfermagem, como também é possibilidade de avaliação da assistência prestada pela equipe de técnicos. Ademais, a assistência aos clientes deve ter como base documento do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) - Resolução 543/2017 -que estabelece parâmetros para o dimensionamento da equipe de enfermagem nos locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Nesse sentido, a resolução estabelece a necessidade do quantitativo de enfermeiros na equipe de acordo com o grau de complexidade da clientela, o que nos revela a necessidade do enfermeiro presente na assistência direta.

Além da relevância de a assistência direta também ser realizada pelo enfermeiro e, por vezes, prioritariamente por ele, identificou-se como um contrassenso a dificuldade de capacitação dos trabalhadores de enfermagem, considerando a necessidade de atualização constante diante das inúmeras produções de conhecimento e atualizações tecnológicas na área da saúde, compelindo o trabalhador à atualização constante.

Assim sendo, observou-se como contradição esses dois fatos que se colocam na contramão da busca pela qualidade da assistência.

A improvisação pode ser uma solução para o problema imediato da falta ou escassez de material, uma configuração danosa da organização laboral. Uma das justificativas para

improvisar e adaptar materiais é a motivação dos trabalhadores em garantir a assistência à clientela, a despeito das condições vigentes no ambiente de trabalho (SOUZA et al., 2009; NOVATSKI FORTE, 2014).

Souza et al. (2009), em um estudo sobre adaptações e improvisações nas ações de enfermagem, assume como improvisar o ato de fazer, arranjar, inventar ou preparar rapidamente materiais que não são os mais adequados para determinada finalidade. E adaptar caracterizando-se como o ajuste de utensílios, objetos, peças para um fim diverso daquele para o qual se destina. Identificou-se que tal conceito caracteriza eventos relatados por egressos entrevistados:

> Muitas vezes não tinha o equipo fotossensível, então, a gente fazia o equipo ser fotossensível, para não prejudicar a assistência. Assim, o máximo que a gente consegue fazer para não prejudicar, eu faço, mas, tem coisa que não tem como. E, às vezes, você fica ali de mão atadas sem ter o que fazer. (E 16)

> A escassez de material é grande e, assim, eu improviso no dia a dia. Você tira de um lugar e põe no outro, inventa, tenta, faz de tudo para garantir a assistência. (E 17)

> Em questão de material, infelizmente, a gente não consegue muito resolver né, por causa da verba do hospital, mas às vezes a gente consegue dar um jeitinho e improvisar. É complicado, mas, às vezes, a gente consegue. (E 3)

A falta de recursos materiais no cotidiano da assistência exige a improvisação e adaptação de materiais. Desse modo, nas falas dos participantes, verificou-se que essa prática é constante, uma vez que a falta de materiais básicos como sabão, luvas, equipos e cateteres fragiliza a qualidade da assistência, põe em risco a saúde do profissional e agride a responsabilidade profissional. Mas, mesmo assim, preocupados em garantir o cuidado aos pacientes, levam os trabalhadores de enfermagem a improvisar e a adaptar (VALERETTO; ALVES, 2013). De acordo com Silveira et al. (2012), a ocorrência de falta de materiais e a consequente necessidade de improvisação colaboram negativamente na motivação do trabalhador e promovem a insatisfação no desenvolvimento das atividades, na medida em que a escassez de recursos impossibilita o trabalhador de realizar uma assistência de qualidade.

Nessa lógica, a organização laboral expressa um contrassenso, na medida em que em detrimento da busca pela qualidade da assistência atinge-a duplamente a partir da falta de material para a execução das atividades assistenciais, exigindo improviso e adaptações de materiais. E, ainda, ao afetar o trabalhador, provocando o descontentamento em seu processo de trabalho.

> Por exemplo, estava faltando clorexidina para fazer procedimento, aí você vai passar um PICC (Cateter Central de Inserção Periférica) e ia usar o quê? Aí às vezes tinha que esperar vir de um outro hospital, porque eu mesma não passava. Senão me dessem condições para passar eu não passava. Eu também não ia me colocar em risco, porque não é só colocar a criança em risco, estou me colocando como profissional em risco também, e aí vinha de um outro local, demorava e isso era primordial. (E16)

No intuito de contornar os problemas apontados, o enfermeiro recorre a improvisações e a adaptações (OLIVEIRA et al., 2013). Entretanto, estas são um recurso paliativo com a intenção de dar continuidade à assistência (SOUZA et al., 2009).

> Eu já fiz curativo só com soro, gaze, esparadrapo, porque naquele momento era a única coisa que eu tinha. Já trabalhei com poucas luvas para procedimento, também não é fácil, e aí, a gente tinha que brigar com a direção, pois não tem condições de trabalhar assim. Trabalhar com o que tem, tentando seguir a técnica, tentando seguir o que a CCIH passa para a gente, é difícil. Trabalhar em um lugar que não tem sabão para lavar a mão, por exemplo, e a gente sabe que é importante a lavagem das mãos, e aí, a gente vai tentando. (E12)

Atualmente, verifica-se o trabalho mais intenso, o ritmo e a velocidade são maiores, bem como a exigência de polivalência e de resultados, logo a organização laboral exige versatilidade e flexibilidade, além de uma elevada mobilização física, cognitiva e afetiva do trabalhador. As consequências dessa situação são comprovadas pelo adoecimento que afasta do trabalho, que repercute sobre sua família, com custos para a sociedade (DAL ROSSO, 2013).

A participante E21 salienta que a pressão por produtividade se tornou mais intensa por conta do uso da tecnologia que, inclusive, gera a extensão das atividades de trabalho para além do ambiente laboral.

> Depois que inventaram o *c* nunca mais se conseguiu ficar em casa descansando. Sempre chega uma mensagem e te lembra, te remete ao trabalho, porque você é responsável por aquilo. Assim, se não ficou completo, se não ficou nítido lá, é importante você responder. Então, isso gera um pouco de estresse. (E 21)

> O grupo de *whatsapp* é outro problema também, outro desafio porque se eu for pegar meu celular agora você vai vê n questionamentos, pedidos de respostas a algumas informações, mas eu não estou de plantão no momento, mas eu tenho que responder o *whatsapp* por alguma coisa que aconteceu talvez no plantão [...] e aí acaba que você fica 24 horas para aquele trabalho. (E24)

Observou-se que, além da sobrecarga durante o horário regular do trabalhador em seu cenário de trabalho, as responsabilidades e a preocupação com o ambiente de trabalho e as tarefas a ele inerentes não se desfazem ao término da jornada. Nas falas de E21 e E24, fica

explícita que a tecnologia de comunicação citada, o *whatsapp*, um aplicativo de mensagens instantâneas e chamadas de voz para aparelhos de telefone celular, é utilizada como um extensor do contexto de trabalho.

De acordo com a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) no artigo 66, o trabalhador tem direito a intervalo mínimo para repouso, entre uma jornada e outra, de 11 (onze) horas consecutivas, destinado ao seu descanso. Nesse sentido, observa-se uma importante contradição nessa organização laboral, a intensificação da jornada de trabalho em detrimento do direito ao descanso.

Quanto ao conceito de intensidade do trabalho, Marx, em O capital, verifica a relevância do trabalho intenso para o desenvolvimento e avanço do capitalismo e da lógica de mais valia, mesmo diante de obtenção de direitos como limite de jornada laboral (COELHO, 2015).

> Ela (a chefia) me pergunta no grupo e me pede "vê por favor?"; aí eu tenho que ir para o técnico e ver o que aconteceu ontem...[...] Então, é uma coisa complicada porque ele não é obrigado a responder no momento de folga dele. Meu momento de folga, às vezes eu estou em aula e a minha chefe está me ligando. Quando ela liga, já sei que é uma coisa muito urgente e a gente precisa manter o trabalho. (E 24)

> Parece que a gente está apagando incêndio, aparece uma ocorrência a gente vai lá e resolve, aparece outra a gente vai lá e resolve, e essa acreditação que está se iniciando na instituição está cobrando muito da gente e a gente não tá conseguindo dar conta de tudo. Logo, é ritmo intenso, volume elevado de trabalho e prontidão 24 horas por dia. (E 24)

Os trabalhadores de enfermagem, muitas vezes, necessitam de vários vínculos de trabalho, por situação econômica desfavorável e baixos salários, que prejudicam a qualidade de vida. Estes, em geral, assumem dupla jornada de trabalho com turnos diferentes, executando intervenções que exigem muita atenção, como o cuidado de pacientes graves, dentro de ambientes hospitalares. A grande demanda de clientes para cada profissional, a jornada de trabalho exaustiva, a pressa para desenvolver todas as atribuições sem deixar falhas, as condições de trabalho desfavoráveis e o medo do desemprego são características que ratificam a organização e o processo de trabalho da enfermagem como hostis ao trabalhador (LIMA et al.,2013).

Verificou-se ainda que os egressos da residência relacionam a necessidade de vários vínculos (E6; E4) e ações profissionais autônomas (E9) devido aos baixos salários da categoria com o que corrobora Grazziano e Ferraz Bianchi (2010) ao afirmar que o salário dos profissionais de enfermagem os obriga a ter mais de um vínculo empregatício.

> Trabalhamos muito, com uma carga horária grande e um salário menor do que deveríamos ganhar. Sempre temos a necessidade de se especializar e nem sempre temos retorno. (E6)

> Não há como se sustentar em um emprego apenas. Infelizmente, fazemos dupla, tripla jornada de trabalho. Então, oficialmente tem-se dois empregos, mas faz plantões avulsos nos dois empregos, *homecare*, ou consulta particular. Enfim, o primeiro embate é a questão financeira. (E9)

> O enfermeiro, atualmente na rede privada, ganha muito aquém do que deveria ganhar, considerando as responsabilidades que tem e a carga horária muito pesada, e as responsabilidade de sua tarefa. (E4)

No entanto, em resposta ao questionário, a maioria dos egressos (n=89, 83,96%) afirmou ter apenas um vínculo empregatício. Apenas 10 (10%) egressos descreveram ter 2 vínculos empregatícios.

A remuneração baixa é apontada pelos entrevistados, na realidade, como inferior ao que seria compatível com a exigências de responsabilidade da natureza do seu trabalho. A renda média individual dos egressos é R$ 5.618,00 e a renda familiar líquida tem a média de R$ 8.694,23, conforme respondido pelos participantes ao questionário desta pesquisa. Em média, 3 pessoas dependem da renda familiar líquida dos participantes.

Esse registro dos egressos aponta uma nova contradição, pois se considerou como um grande contrassenso a necessidade de os profissionais de enfermagem terem vários vínculos de trabalho na busca por alcançar maior e mais digna remuneração pelo seu trabalho devido à baixa remuneração que o mercado de trabalho oferece. É relevante ressaltar a peculiaridade das atividades de enfermagem, uma vez que a profissão lida com o processo de cuidado do cliente e sua família em diversificados contextos.

Ressalta-se que se somam à precarização do ambiente de trabalho os riscos ocupacionais. Nessa perspectiva, observa-se a inadequação das condições física, isto é, a temperatura, umidade e iluminação; os elementos ergonômicos relativos ao trabalho em turnos, o trabalho repetitivo e monótono, além do hábito de posturas inadequadas; fatores de origem química, como substâncias que contaminam o meio ambiente, e as de natureza biológica, os microrganismos patogênicos, comumente presentes no ambiente de atuação dos trabalhadores da saúde. Nesse contexto, percebe-se a exposição do trabalhador aos riscos, podendo causar doenças ocupacionais e acidentes de trabalho (MAURO et al., 2010; RIBEIRO et al., 2012).

> Falta de EPI [Equipamento de Proteção Individual] é algo muito grave, porque o profissional está exposto ao risco e não tem como se proteger. E se não tem uma luva, como que você vai trabalhar?! Mas você tem que trabalhar. (E13)

A inadequação das condições de trabalho nessas unidades, quando estas funcionam de forma improvisada ou indesejável, é caracterizada pela maior exposição dos trabalhadores aos riscos ocupacionais, os quais podem ser de origem biológica, química, física, de acidente e ergonômicas, incluindo os fatores de violência aos quais ficam expostos durante a atividade laboral (BRASIL, 2009). Trabalhadores de enfermagem normalmente expõem-se aos vários riscos ocupacionais e, consequentemente, adoecem, acidentam-se e, na maioria das vezes, não relacionam esses problemas à sua atividade laboral (DE MARCHI BARCELLOS DALRI; DO CARMO CRUZ ROBAZZI, 2010).

A fala de E13 aponta uma definitiva incompatibilidade entre a tarefa da enfermagem de cuidar da saúde dos indivíduos e a constante exposição a riscos à sua saúde individual em virtude da falta de materiais, especialmente daqueles que funcionam como equipamentos de proteção individual do trabalhador, como luvas, óculos e máscaras, considerando o ambiente insalubre de sua atividade laboral.

Além da exiguidade ou falta de materiais, a especificidade do ambiente insalubre e das tarefas executadas têm sido apontadas como fatores desencadeadores de desgaste psicofísico, que associado à baixa remuneração e o desprestígio social interferem na qualidade da assistência.

> Com o número de pessoal deficitário, consequentemente, você tem sobrecarga de trabalho. Então, eu não consigo ter atenção, ter o cuidado que aquele paciente precisa. Logo, o resultado daquela assistência fica totalmente prejudicado. (E12)

> Eu tenho que evoluir meu paciente, mas para eu evoluir meu paciente eu preciso estar junto ao leito, preciso colher um histórico daquele paciente, preciso envolver a família. Então, preciso do suporte deum número máximo de pacientes pelos quais eu seja responsável. Acho que o maior de todos os desafios é não parecer que eu não estou sendo enfermeira, que eu estou sendo administradora apenas. (E24)

Nesse contexto, um egresso aponta a contradição entre a grande exigência que o mercado impõe ao trabalhador e a oferta de condições inadequadas de trabalho, baixos salários, falta de direitos trabalhistas e de reconhecimento profissional. Conforme Püschel, Inácio e Pucci (2009), o atual mercado de trabalho dispõe de um número considerável de profissionais, oferecendo às empresas o privilégio de escolher os mais capacitados. Dessa forma, os empregadores optam por selecionar aqueles com melhor formação e maior experiência na profissão.

> Cada vez mais está sendo exigido mais desse trabalhador, recebendo menos e sendo menos valorizado, porque a disputa no mercado para os empregos considerados melhores, aumentou muito. O que eu vejo é que emprego em si não falta. Faltam condições adequadas de trabalho, falta reconhecimento, faltam alguns direitos. (E19)

A continuidade dos estudos, avançando na qualificação profissional, foi destacada pelos egressos como importante para a manutenção no mundo do trabalho e até mesmo para conseguirem melhores empregos. Entretanto, apontaram a dificuldade para efetivarem tal qualificação:

> Quem está trabalhando não consegue estudar, porque o próprio setor da saúde, no [serviço] particular não te dá carga horária para isso. Você tem que ter dois, três empregos, e como você vai estudar? No [serviço] público, eu trabalho em um instituto federal, para termos liberação para fazer um doutorado é muito difícil. Então, a situação é bem complicada. (E13)

> Um horário de estudo para você fazer um curso de extensão, uma pós-graduação, MBA, um mestrado, doutorado, é muito difícil. Muitas vezes você vai deixando para trás, porque você deixa de estudar para trabalhar porque você precisa de dois, três empregos para conseguir se manter. Então eu vejo muitas pessoas trabalhando para juntar um dinheiro ao longo dos anos para conseguir estudar depois. Ou então as pessoas desistem de estudar e aí ficam 10, 15, 20 anos na mesma, estagnadas na carreira, assim, não estudam, não se atualizam, não sabem das mudanças. (E9)

A educação, a construção dos saberes, é algo fundamental na vida, possibilitando ao indivíduo a melhor inserção em seu meio. A busca por expandir o conhecimento no campo profissional é impulsionada pelo interesse no aperfeiçoamento pessoal e pela exigência no campo de trabalho. Desse modo, novos conhecimentos são aplicados nas atividades de trabalho (JESUS et al., 2013).

A relevância da continuidade no processo ensino-aprendizagem é algo notório nos relatos dos egressos, o que demonstra a conscientização quanto à importância do aprimoramento constante do conhecimento. Paulo Freire (1996) considera o ser humano inconcluso em um determinado contexto social. De acordo com o autor, é na inconclusão do indivíduo que se reconhece como inacabado, que se institui a educação como processo permanente.

O interesse em aprimorar conhecimentos promove a aquisição de competências e habilidades, a reflexão e a modificação das práticas, o que colabora para fortalecer a profissão e qualifica a assistência (FERRAZ, 2011).

A instabilidade no trabalho compõe o cenário hostil que os egressos identificam em sua realidade laboral.

> Vejo um cenário muito tenso, pois a constante ameaça de que a gente vai ficar sem pagamento torna tudo ainda mais difícil. Você vai trabalhar na expectativa do início do mês seguinte receber pagamento e, graças à Deus, aqui a gente ainda está recebendo, mas em outras áreas programáticas, as pessoas não estão recebendo. E quando recebem, recebem com um mês de atraso. Isso causa um problema, porque a pessoa vai trabalhar desestimulada. (E15)

> A instabilidade da União, do estado, do poder público como um todo [...] instabilidade relacionada ao que você tem de direito e o que efetivamente está sendo colocado para você como um direito. [...] Por mais que você exerça com maestria, por mais que você faça além do que deve ser feito, vai chegar no mês seguinte, na data que seria a data para você receber o seu salário com todo seus direitos, todos os seus benefícios, você não recebe. E esse desrespeito com o funcionário o desestimula em relação ao futuro. (E19)

É relevante registrar que as transformações forjadas pelo neoliberalismo, que atingiram o Brasil, capilarizam-se aos estados e municípios. No ano de 2017, diversos fatores ilustraram um momento de crise política, econômica e social no Rio de Janeiro. Por exemplo, unidades de saúde entraram em colapso, o desemprego alcançou níveis alarmantes, os setores da saúde e da educação tiveram seu desmonte incrementado.

Os escândalos de corrupção no estado protagonizado por diversos empresários e atores da política somaram-se ao cenário de desmantelamento de esquemas fraudulentos entre a classe política brasileira.

Após a Olimpíada de 2016, sediada Rio de Janeiro, o município foi noticiado em função das escolas fechadas, hospitais precarizados, além de servidores e aposentados sem receber e falta de recursos suficientes para a segurança pública.

O Rio de Janeiro, segundo o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged), do Ministério do Trabalho, fechou 92.192 vagas com carteira assinada no ano de 2017, sendo o pior desempenho entre todos os estados da federação.

A Secretaria estadual de Fazenda estadual tem perspectiva de um deficit de R$ 10 bilhões para o ano de 2018. De acordo com o Plano de Recuperação Fiscal do Rio, em 2020, há perspectiva de um resultado primário fiscal de R$ 2.080 bilhões.

Ainda segundo a Secretaria da Fazenda, o Estado tem seguido as medidas que constam no Regime de Recuperação Fiscal. Entre as ações com impacto na receita estão a revisão dos incentivos fiscais e o aumento da contribuição previdenciária de 11% para 14%.

A insegurança gerada pelo receio do desemprego faz com que os trabalhadores se submetam a regimes e contratos de trabalho precários (ELIAS; NAVARRO, 2006). Associado a isso, a enfermagem não é socialmente reconhecida. Os baixos salários, a

sobrecarga de trabalho e a pouca expectativa de ascensão da carreira representam alguns dos fatores que causam baixa satisfação quanto ao seu *status* (CAERS et al.,2008)

Reputa-se também como reflexo do modelo neoliberal o desgaste das relações interpessoais, na medida em que há alta rotatividade de trabalhadores e necessidade de os profissionais que permanecem empregados capacitarem os novos trabalhadores com vínculos precarizados (GONÇALVES et al., 2015). No que se refere ao relacionamento entre os profissionais no exercício das atividades laborais, o conflito torna-se um obstáculo na prática profissional (JESUS et al., 2013).

> As pessoas começaram a faltar por ausência de salários, e aí a equipe se reduz, mas no hospital particular a equipe já era reduzida, e a rotatividade dos funcionários também era muito grande. Então, como eu atuava na educação continuada, eu treinava funcionário e duas semanas depois ele pedia demissão. Quando chegava um novo funcionário, eu o treinava e novamente havia uma demissão. A rotatividade era muita alta. (E16)

O absenteísmo e a rotatividade de pessoal são prejudiciais à qualidade da assistência, considerando que os profissionais que permanecem no serviço são sobrecarregados, provocando insatisfação e descontentamento (VIEIRA; KURCGANT, 2010).

Considerando que o salário do trabalhador assegura seu sustento e suas necessidades, a falta de salários inviabiliza a satisfação destas, inclusive limitando os recursos que garantem o comparecimento ao trabalho. Observou-se, assim, uma grande incoerência, na medida em que uma instituição necessita dos trabalhadores para desenvolver a sua missão de assistência à saúde, sem os quais é inviável garantir seus objetivos. Entretanto, são os trabalhadores que são penalizados, pois, ao não receberem seus salários, têm a satisfação de suas necessidades afetadas e, além disso, são novamente penalizados devido ao absenteísmo e às recorrentes demissões que geram a sobrecarga de trabalho aos que permanecem na instituição.

O mundo de trabalho e, consequentemente, os processos de trabalho vêm se modificando de forma significativa. Alteram-se, assim, a modalidade de inserção dos profissionais, os vínculos trabalhistas, a forma de remuneração e, especialmente, o modo de trabalhar. Os cenários laborais configuram-se como arenas competitivas e pouco saudáveis (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012).

> No momento [...] a chefia está de licença e eu estou chefiando a enfermagem, mas é uma relação extremamente difícil, porque eu não sou estatutária, sou celetista e aí como que uma celetista vai mandar num estatutário? [...] Então, eu estou sendo avaliada o tempo todo, e essa relação entre estatutário e celetista, na posição que eu me encontro, para mim é muito desconfortável. (E23)

A fala da egressa (E23) recupera os efeitos dos diferentes vínculos empregatícios para a composição de equipes com profissionais de vinculação trabalhista estatutária e celetista. Nesse sentido, observou-se que a modalidade empregatícia diferenciada tem efeitos negativos não apenas no âmbito profissional, mas também consequências no âmbito particular, no relacionamento entre profissionais da mesma equipe.

Essa fala apresenta uma outra contradição: vínculos empregatícios diferentes em uma mesma equipe de trabalho e, além disso, identificou-se na fala de E23 desigual grau de prestígio em cada modalidade de vínculo. Nesse sentido, é explícita a assimetria, favorecendo a disputa, a competitividade e até a hostilidade entre profissionais de uma mesma equipe que deveria reconhecer-se em igualdade para a busca dos objetivos no trabalho.

A análise do contexto histórico-social, no qual o trabalho de enfermagem é realizado, faz-se relevante em função da presença de macro e microdeterminantes que delimitam a configuração do trabalho como influência das modificações do mundo do trabalho no campo da saúde. Ademais, esses determinantes têm influência sobre os egressos do curso de residência em termos de prazer e sofrimento, no âmbito da qualidade de vida, nos modos de lidar com o trabalho e, sobretudo, no processo de ensino-aprendizagem, visto que muitas vezes são impedidos de se qualificarem no contexto onde a competência é primordial para preservar e recuperar vidas.

O curso de Residência em Enfermagem enfocado neste estudo de egressos tem em sua grade curricular duas disciplinas sobre Políticas de Saúde, que buscam analisar o contexto de desenvolvimento das ações públicas de saúde. Essas disciplinas estendem durante todo o curso, sendo ministradas no primeiro e segundo anos de residência, Políticas de Saúde I e II, respectivamente.

Infere-se que a capacidade de análise crítica que os egressos dessa residência de enfermagem expressam em suas falas decorre também do exame do contexto da saúde no Brasil, implementado nas disciplinas, além das discussões que ocorrem nos cenários de atuação, conduzidas por tutores e preceptores nas equipes de trabalho.

Ademais, o encontro entre profissionais da equipe multidisciplinar, sejam funcionários ou também residentes, promove diferenciada contribuição na apreensão de distintos elementos e ângulos de análise.

Ressalta-se que, atualmente, dos doze programas de especialidades que compõem o curso de residência, residentes de cinco deles desenvolvem atividades em outras instituições de saúde, como maternidades da Prefeitura do Rio de Janeiro, Hospital Universitário

Clementino Fraga Filho (HUCFF), Instituto Nacional de Cardiologia (INC) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), propiciando experienciar outras realidades institucionais no sistema de saúde. Essa incursão é compreendida como fértil, não apenas no aprofundamento do conhecimento, bem como por expandir a experiência técnica, de exercício de habilidades e de organização laboral, e também de realidades diferenciadas nos âmbitos político e gerencial, o que proporciona aguçar a análise crítica sobre o sistema de saúde.

A partir da matriz teórico-metodológica do estudo, identifica-se que os elementos presentes na primeira categoria do estudo podem ser compreendidos na perspectiva da primeira lei da dialética – a negação da negação. Essa lei define que o novo engendra o velho, negando-o, da mesma forma.

Constata-se que o ideário neoliberal se constitui de propostas de remodelação de cunho macroestrutural, não apenas da economia, como também da sociedade. Desse modo, o referido ideário, mundialmente vigente, trouxe a lógica da globalização, da reestruturação produtiva do trabalho e do Estado mínimo (ANTUNES, 2005).

No âmbito do trabalho, esse ideário foi anunciado como perspectiva de renovação do mercado e da sociedade a partir da flexibilização das relações de trabalho, do surgimento e de novas tecnologias, bem como a expansão do seu uso, e de parcerias público-privadas, por exemplo (GONÇALVES et al., 2015; ANTUNES, 2005).

Observa-se, na perspectiva do trabalho em saúde, diferentes impactos do modelo neoliberal, representados por fenômenos como o desemprego, a precarização do ambiente e do vínculo de trabalho, a sobrecarga e a intensificação do trabalho, a escassez de recursos materiais e de profissionais nos serviços de saúde. Em um mundo globalizado, a comunicação instantânea é uma característica que traz agilidade aos processos implementados no âmbito do trabalho. Entretanto, também colaboram para a intensificação do trabalho e, consequentemente, para a exploração da força de trabalho (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSÉS, 2010; MARTINS; MOLINARO, 2013).

Desse modo, identifica-se que o modelo neoliberal (o novo) engendra elementos já presentes no mundo do trabalho (o velho) e acirra seus impactos, na medida em que, por exemplo, há um movimento de substituição da força de trabalho, com base no uso de tecnologias, (KANAN; ARRUDA, 2013; DELUIZ, 2017), colaborando para a elevação dos índices de desemprego.

3.3.2 2ª Categoria: fatores intervenientes que afetam o cotidiano laboral e suas consequências para o trabalhador

Nesta categoria serão abordados os seguintes temas: (i) as violências do macrocontexto social e do trabalho; (ii) o pouco reconhecimento profissional e as disputas de poder que permeiam o trabalho em saúde; e (iii) a formação acadêmica da enfermagem. Esses temas deram origem a subcategorias, as quais estão explicitadas e analisadas a seguir.

3.3.2.1 1ª Subcategoria: violências sociais e laborais

O acirramento da violência em todo o mundo tem sido crescente e vem se expressando na barbaria urbana que é noticiada por meio das mídias cotidianamente. Os índices de violência no Brasil têm sido progressivos, registrando-se várias formas de ataque à integridade corporal, mental e social dos indivíduos, levando ao medo e à insegurança coletiva (VASCONCELLOS; ABREU; MAIA, 2012).

Essa violência urbana é acirrada pela crise econômica e política pela qual passa o país e, sobretudo, o Rio de Janeiro, pois, por exemplo, eleva os índices de desemprego e retira jovens das escolas, atingindo os meios de sobrevivência de inúmeras pessoas. Tal situação desespera, revolta e causa conflitos, gerando também formas alternativas e ilícitas de sobrevivência, do tipo emprego no tráfico de drogas, roubos, furtos, entre outros, os quais são contextos profícuos para violência urbana.

O fragmento da entrevista de E12 expressa a compreensão dessa relação entre episódios violentos e a crise político-financeira do Rio de Janeiro, exprimindo os sentimentos de insegurança e desânimo decorrente desse contexto.

> A falta de segurança é muito grande, [...] e no Rio de Janeiro a segurança também está incluída nessa crise financeira do estado. Eu vejo que ficamos muito entregues a qualquer coisa que possa acontecer do tipo tiroteio nas comunidades e entornos dos serviços de saúde. Isso me deixa um pouco desanimada e temerosa. (E12)

Leite (2014) afirma que há mais de três décadas o Brasil vem atravessando problemas de segurança pública, que afetam também diversas cidades de todas as regiões do país. Na

experiência carioca, observa-se o crime violento e identifica-se que alguns territórios são espaços dominados por traficantes e milícias, reagindo de forma violenta à ação do poder público. Muitos desses locais são considerados territórios de pobreza, as favelas cariocas. E tal contexto reflete no cotidiano de trabalho dos enfermeiros egressos do curso de residência e atinge a dimensão subjetiva dos trabalhadores.

> As últimas vezes que eu fui fazer visita domiciliar, passei por, no mínimo, quatro ou cinco 'bocas de fumo', com homens segurando fuzis. Então, se no território você verifica várias pessoas fortemente armadas, é considerado estágio amarelo, e a indicação é não sair para fazer visita, e quem perde com isso é a população. (E11)

> O fato de os postos estarem dentro da comunidade ou muito próximos a ela, ajuda a comunidade a ter acesso à saúde, e isso é o que me deixa mais animada nesse tipo de serviço, pois por mais que seja perigoso para o trabalhador, para quem reside ali está sendo ótimo. (E15)

Na entrevista de E15, que trabalha em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em uma favela da zona norte do Rio de Janeiro, é contundente o relato do impacto da violência no cotidiano de seu trabalho cuja organização laboral criou estratégias para evitar que os trabalhadores façam visitas à comunidade quando a situação de conflito armado está crítica. Portanto, são evidentes as várias repercussões negativas dessa violência para o processo de trabalho, para a qualidade do serviço ofertado à população, para a subjetividade dos profissionais e para a segurança física dos mesmos.

Ademais, destaca-se mais outro contrassenso, na medida em que os profissionais de saúde passam a se responsabilizar por identificar riscos à sua integridade, bem como avaliar a condição de segurança em seu território de trabalho. Inclusive, esses trabalhadores não têm qualquer governabilidade sobre as forças que põem em risco sua segurança, uma vez que são perpetradas pela criminalidade ou pelos agentes de segurança pública.

Outrossim, verificam-se mais equívocos e contradições, já que o Estado não garante a segurança dos trabalhadores e da população por falta ou inexperiência da força policial ou mesmo sabe-se da corrupção que se configurou em muitas instâncias da segurança pública (RIO, 2013). Tal situação emergiu nas falas dos participantes, conforme a explicitada a seguir:

> E as nossas políticas públicas também nos deixam numa situação de insegurança, ou porque falta a segurança ou porque o acesso é dificultado. Muitos profissionais trabalham em locais que não tem segurança tornando-os vulneráveis a vários tipos de violência. (E6)

Portanto, o trabalho em um local passível de ocorrência de eventos violentos, como conflitos entre criminosos e a polícia, cria um clima de incerteza e insegurança na área onde se localiza a unidade de saúde em que trabalham ou no acesso a ela.

Os egressos revelam que a ocorrência de violência se dá também no espaço dos serviços de saúde, durante a prestação de assistência e no relacionamento com os usuários. Desse modo, E6 refere que a população insatisfeita com a indisponibilidade de alguns recursos materiais e de pessoal incorre em condutas violentas, expressas em depredação da unidade e seus equipamentos, em insultos e ameaças de violência física e até de morte aos trabalhadores da saúde.

> Os profissionais estão expostos à uma população que não sabe exigir muito bem seus direitos em momentos de doença, de fragilidade e, por vezes, quer compensar todos os déficits das políticas públicas mesmo naquele momento de atendimento. Então, os profissionais ficam expostos a violência. (E6)

Uma grande contradição se estabelece na agressão dos usuários à estrutura dos serviços de saúde e aos profissionais de saúde, pois a depredação prejudica ainda mais a capacidade de atendimento às necessidades da população, considerando a inutilização de equipamentos, por exemplo. Além disso, os trabalhadores não são os diretamente responsáveis pelas inadequadas condições para a assistência à população. O sucateamento dos serviços e a consequente insuficiência de diversos recursos têm origem, muitas vezes, na gestão do sistema de saúde, desde a esfera federal até a instância municipal. Agrega-se a esse fato os diversos escândalos de desvio de verbas do setor saúde, fruto da corrupção instalada na máquina pública.

Portanto, as reações violentas dos usuários nos serviços de saúde não se configuram como uma reivindicação, na medida em que esta deveria ser direcionada à origem das condições de atendimento que recebem.

O ambiente de trabalho, visto que é um espaço social, é intensamente atingido pelo aumento da violência. De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) (OIT, 2003), a violência no ambiente do trabalho é a ocorrência de um evento ou o comportamento de uma pessoa contra outra que leve à agressão, ofensa, prejuízo ou humilhação no local de trabalho ou como consequência da atividade laboral executada. E de acordo com a Organização Mundial da Saúde (KRUG, 2002, p. 5), a violência relacionada ao contexto laboral é definida como “o uso intencional da força, real ou em forma de ameaça contra outra

pessoa ou contra um grupo, em circunstâncias relacionadas com o trabalho, que resulte ou possa resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação".

Nesse sentido, a violência no local de trabalho tem sido apresentada como um novo risco ocupacional. E, embora seja um fenômeno que atinge praticamente todos os setores e categorias de trabalhadores, os profissionais da saúde estão particularmente expostos a esse tipo de violência, sendo considerados como expostos a alto risco em todos os espaços de trabalho (SILVA; AQUINO; PINTO, 2014).

No setor saúde há particularidades importantes, por exemplo, muitos profissionais exercem seu trabalho no horário noturno, de forma isolada, estando suscetíveis a maior risco de violência (DESLANDES, 2002; FERREIRA, 2004; LUNA, FERREIRA; VIEIRA, 2010).

Vasconcelos e Maia (2012) destacam que a violência contra os trabalhadores da enfermagem está presente em todos os serviços de saúde, independente da complexidade do cuidado realizado. Entretanto, afirmam que é no atendimento de emergência que o fenômeno da violência tem, provavelmente, maior probabilidade de ocorrer devido às tensões existentes nesse local, inclusive pelo tipo de demanda. A literatura é congruente com a fala de E6 e de E12, quando descrevem acontecimentos violentos, com ataques à estrutura e bens do serviço ou diretamente ao trabalhador com ofensas e ameaças.

> As pessoas, às vezes, querem invadir, quebrar as unidades para obter um atendimento, ou quando dizemos "infelizmente não temos" o material ou não há o profissional no momento. (E12)

Algumas características nos setores de atendimento de emergência são marcantes devido à grande procura da população, à superlotação, ao ritmo acelerado, ao deficit de funcionários e à sobrecarga de trabalho para os trabalhadores, além da escassez de materiais. Assim, tal contexto configura-se como um espaço profícuo para as violências, uma vez que a população se encontra sob estresse, massacrada por questões econômicas e políticas que permeiam o estado (DAL PAI; LAUTERT, 2008; COSTENARO; LACERDA, FERREIRA, 2008).

> Já houve quebra de equipamentos no setor de emergência e agressão de funcionários. Essas situações são complicadas, porque não há reforço policial nenhum, e não tem como contar com a segurança da instituição. Atende-se neste setor pessoas alcoolizadas, drogadas, as quais tornam-se violentas pelo uso destas substâncias. (E6)

A fala de E6 reforça os relatos de insegurança, inclusive porque os agentes de segurança a que se refere são seguranças patrimoniais cujo objetivo é assegurar a preservação da estrutura física e patrimonial da instituição, não tendo como atribuição o patrulhamento ostensivo do local. Também menciona que a clientela do serviço inclui indivíduos consumidores de drogas cujo mecanismo de ação pode impelir o indivíduo ao descontrole e ao conflito.

Em um estudo realizado em um hospital de grande porte na baixa Fluminense do estado do Rio de Janeiro, Vasconcellos, Abreu e Maia (2012) descrevem que a violência ocupacional é um problema significativo para os trabalhadores de enfermagem, considerando que a maioria (76,7%) desses trabalhadores foi vítima de violência.

Estudos realizados em Natal (MORAIS FILHO, 2009), na Itália (ZAMPERIERON et al., 2010) e em Portugal (FERRINHO et al., 2002) identificaram dados análogos sobre a ocorrência da violência em unidades assistenciais, tendo como maior nexo causal a precarização dos serviços públicos de saúde. As pesquisas revelam que no contato direto com o profissional de enfermagem, os usuários expressam sua insatisfação com o serviço ou mesmo como uma chance de ser ouvido sobre a baixa qualidade da assistência, a peregrinação para o acesso ao atendimento, a dificuldade de escuta, a frieza, a rigidez e a falta de atenção dos profissionais, a negligência e a discriminação, os quais foram considerados como efeitos da precarização dos serviços públicos de saúde, sendo propulsores de conflitos, tensão e violência, a qual a mais incidente é a agressão verbal.

Em um estudo português, coordenado por Ferrinho (2002), sobre a situação de violência psicológica na área da saúde, a ameaça ou agressão verbal foi considerada como "[...] um comportamento que humilha, degrada ou indica uma falta de respeito pela dignidade e valor de uma pessoa, a qual se caracteriza pela comunicação por palavras, tom ou postura que rebaixa, ameaça, acusa ou desrespeita o outro [...]" (FERRINHO et al., 2002, p. 6).

> No [serviço de] pronto atendimento, é muito difícil lidar com o público revoltado, desgastado, querendo exigir seus direitos naquele momento. Estou na porta de entrada, realizando classificação de risco e absorvo essa demanda e, muitas vezes, sendo ameaçada, sendo agredida verbalmente. Fui ameaçada de ser agredida fisicamente, em vários momentos. (E6)

E6, em um de seus dois vínculos profissionais, atua em uma unidade de pronto atendimento, exatamente, no acolhimento de clientes, realizando a classificação de risco, que é um instrumento para:

> além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como garantir o atendimento, acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera (BRASIL, 2009b).

Vasconcellos, Abreu e Maia (2012) e Gerberich et al. (2004), a partir de estudos realizados com profissionais de enfermagem, afirmam que os principais responsáveis pela violência contra o trabalhador de enfermagem são os pacientes e seus familiares.

Complementando, Kaiser e Bianchi (2008) asseveram a ocorrência de estresse, frustração e adoecimento nos trabalhadores a partir da constante exposição da equipe de saúde a demonstrações de raiva, fúria, intimidação, xingamento, ofensa, humilhação e superioridade por parte da clientela. Vasconcellos, Abreu e Maia (2012) corroboram afirmando que os eventos violentos podem levar o profissional ao sofrimento e a diversos problemas de saúde.

Outrossim, apreendeu-se que outra contradição se configura no fato de que apesar de a população sofrer com a violência urbana, desde assaltos a homicídios, e, não raro, tem clamado publicamente pela diminuição da violência no país, também usa o recurso da violência para expressar sua insatisfação, retroalimentando a carga de agressividade e barbárie que permeia a sociedade.

3.3.2.2 2ª Subcategoria: Violência e sentimento de desvalorização

Muitos participantes referiram o pouco reconhecimento e valorização da profissão, os quais relacionaram tal situação a muitos fatores, como as questões de gênero, a história da enfermagem e aspectos socioculturais dos profissionais. E esse incipiente reconhecimento profissional reflete na forma como gestores, usuários e outros profissionais se relacionam com os enfermeiros, bem como na configuração das precárias condições de trabalho a que são expostos.

> Nessa precariedade [dos serviços de saúde], não há muita valorização do profissional, começando pelo gestor, e consequentemente, a população também não valoriza. Há uma serie também de fatores que geram esta desvalorização, como por exemplo, questões de gênero, já que a enfermagem é uma profissão feminina. (E12)

Na enfermagem, há predominância de profissionais do sexo feminino, fato que pode ser esclarecido por, historicamente, a profissão estar relacionada à atividade religiosa, trazendo em sua trajetória o cuidado, que sempre foi uma função das mulheres. Nos últimos anos, constata-se aumento no número de homens, mas, mesmo assim, essa profissão é vista pela sociedade como eminentemente desenvolvida por mulheres. E considerando sua composição de maioria feminina, a enfermagem não raramente sofre violência a partir de atos de autoritarismo e subjugação de profissionais que se inserem em ocupações que representam o universo masculino, por exemplo, a medicina (RISSARDO; GASPARINO, 2015).

Os dados referentes à caracterização sociodemográfica dos egressos corroboram com a literatura, visto que a maioria (n=97, 91,43%) é composta por mulheres e apenas 9 (8,57%) são do sexo masculino.

Quanto ao grande contingente feminino na enfermagem, E22 registra sua avaliação a respeito das influências que recaem sobre sua ação profissional, reconhecendo os efeitos de a profissão ter como maioria um contingente feminino.

> Também a questão da enfermagem ser uma profissão feminina, eu acho que encontramos muitos aspectos do gênero influenciando a desvalorização da profissão e dos profissionais. Então, às vezes, a minha palavra não é levada em consideração e eu percebo claramente que é porque sou enfermeira e porque sou mulher. (E22)

De acordo com Helman (2009), disputas e hierarquias profissionais na área da saúde expressam-se por meio da relação de poder em torno do diagnóstico e da definição acerca de que profissional e em que momento está autorizado a intervir. No caso de gestantes, exemplifica o autor, a desvalorização do cuidado das enfermeiras pode estar relacionada a uma hierarquia profissional, na qual a equipe de enfermagem é considerada “menor” e a equipe médica tem o total comando das definições de condutas a serem adotadas (HELMAN, 2009).

Para Meyer (2004, p. 15), “[...] o conceito de gênero remete a todas as formas de construção social, cultural e linguística implicadas com processos que diferenciam mulheres de homens [...]”. Do mesmo modo, Santos et al. (2015, p. 24) pontuam que “A questão do gênero tem um respaldo histórico de submissão da mulher ao homem, da enfermagem à medicina, e também na história do paternalismo, em que competia à mulher fazer e obedecer, e ao homem cabiam as definições e saberes”.

O depoimento de E23, egressa que atua em uma unidade de saúde que mescla o atendimento da lógica tradicional de um centro de saúde aos propósitos de uma unidade

básica de saúde, organizada nos moldes da estratégia de saúde da família, menciona a desvalorização enfrentada pela enfermagem nos serviços de saúde. Tal desvalorização, segundo a entrevistada, ocorre em seu processo de trabalho por divergências sobre a assistência, especialmente com o profissional médico. E23 percebe que essa desvalorização se estende à população devido ao desconhecimento sobre a proposta do trabalho da enfermagem.

> Trabalho numa unidade básica na qual faço consulta de enfermagem e vejo dificuldade na valorização do enfermeiro em relação aos outros profissionais como o médico. Além disso, da própria população, pelo desconhecimento em saber quais são as atribuições do enfermeiro, o que o médico incentiva e faz questão de continuar impondo. É frustrante, claro! Penso que há muita ignorância por parte da população em relação a isso. (E23)

> Quando eu faço consulta de enfermagem em puericultura começo fazendo a antropometria da criança e a mãe me perguntou "e agora a gente vai para outra sala?", como que questionando "você é a técnica e ela é a doutora?". Eu digo: "não, sua consulta é aqui comigo, vamos ficar nessa sala" e continuei a consulta. Então, isto é decepcionante e não é um relato, apenas uma opinião minha. (E23)

Essas falas dão margem a algumas reflexões, as quais têm sua origem na disputa de poder que envolve a relação de homens e mulheres em uma sociedade antropocêntrica; relaciona-se também com a desvalorização social de profissionais que rementem ao campo do trabalho manual e ao espaço de atuação profissional disputado pelas profissões da área da saúde.

Nesse contexto, entende-se, por exemplo, que a medicina representa o universo masculino, logo a enfermagem está em desvantagem social, uma vez que se inscreve no âmbito das profissionais femininas, as quais sofrem o preconceito e a dominação de homens trabalhadores (SANTOS; FARIA, 2008). Outrossim, reforça-se tal desvalorização quando se alude que a enfermagem representa o fazer e a medicina o pensar (SANTOS; FARIA, 2008), isto é, trabalho intelectual versus manual, pouco ou nada valorizado no mundo do trabalho (ANTUNES, 2005). Além disso, sabe-se que o mercado de trabalho está cada vez mais seletivo e disputado, nessa perspectiva as profissões com mais atividades a desenvolver e ofertar à sociedade possuem maior espaço de atuação e melhores salários (VARGAS, 2011).

É relevante a associação entre a história da enfermagem e a história da mulher apontada por Silva (2006, p. 84):

> Desde os primórdios, as mulheres eram curadoras populares e as parteiras possuíam um saber específico, que era transmitido através das gerações. De forma contraditória, a ciência sempre nos remete a um mundo eminentemente masculino, e

> como a história foi escrita por homens, o papel das mulheres nesse lugar foi subestimado, minimizado e posteriormente obliterado.

Em função dessa situação de conflito entre médicos e enfermeiras, claramente destacado pelos entrevistados, verifica-se que a enfermagem ainda enfrenta obstáculos para conquistar reconhecimento simbólico e material na assistência em saúde, além do alcance da valorização profissional. A imagem do médico é comumente identificada como de maior destaque, detentor de grande poder de decisão e do conhecimento técnico-científico.

Nesse sentido, E13 fala sobre o poder médico impondo limites ao desenvolvimento do trabalho da enfermagem, nos serviços privados e públicos. Cita-se, por exemplo, a problemática de as enfermeiras realizarem os partos normais, inclusive amparadas por resoluções da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, mas que sistematicamente sofrem sanções e liminares que momentaneamente barram a legitimidades e o direito de as enfermeiras obstétricas realizarem a assistência no pré-parto, parto e puerpério.

> Percebo o CRM [Conselho Regional de Medicina] cometendo arbitrariedades. Por exemplo, enfermeiro não pode dar diagnóstico, não pode ter casa de parto e influenciam diretamente na nossa profissão. O diagnóstico de Enfermagem não tem nada a ver com o da medicina. Então, tenho uma perspectiva muito complicada, ao ver nosso campo de trabalho sendo restringido, quando deveríamos expandi-lo pelo que fazemos e produzimos. (E13)

E19 acrescenta que a desvalorização da enfermagem repercute no valor dos salários da categoria, o qual é indigno pela responsabilidade e relevância das atividades desenvolvidas.

> Há um distanciamento grande entre o valor do salário do médico do valor dos vencimentos das outras categorias, não apenas da enfermagem. Penso que todos são importantes no contexto da assistência em saúde, portanto, os salários deveriam ser equivalentes. (E19)

Identifica-se a figura do médico como o profissional com maior poder e comando no contexto do trabalho em saúde, resultando em que outras profissões tenham menor visibilidade e reconhecimento social inferiores à classe médica, logo a organização laboral valoriza simbolicamente e por meio de melhores salários os médicos.

A despeito das referências de valorização ao trabalho em equipe, salienta-se que as dificuldades enfrentadas no cotidiano laboral acerca do trabalho em equipe, a menor valorização financeira e social do trabalho em relação aos médicos, desgastam os trabalhadores da área da saúde.

Além disso, Cecílio e Mendes (2004) afirmam que existe um monopólio corporativista de decisões médicas, inibindo o desenvolvimento de outros saberes e rechaçando o trabalho cooperativo. Entretanto, os autores asseveram também que, mesmo que seja difícil observar, coexistem iniciativas de autonomia dos demais profissionais de saúde, que se contrapõem a essa dominação, desafiando a hegemonia médica e gerando tensão nas relações interprofissionais.

Nessa perspectiva, E22 aponta a necessidade de mobilização política da categoria, mesmo compreendendo os limites para essa ação.

> Penso que essa categoria realmente precisa se unir. Há boas perspectivas se houver união da enfermagem no sentido de se mobilizar politicamente. Mas, infelizmente, sabemos o quanto isto é difícil pelas próprias questões do trabalho: não são salários adequados, as pessoas têm dois, três empregos e não conseguem se reunir para conversar, não conseguem se mobilizar politicamente para conseguir as melhorias que precisam. (E22)

Evidencia-se que as experiências vivenciadas pelos egressos não se configuram como casos particulares. Sobre esse assunto, Costa e Costa (2017) asseveram que as experiências que retratam a dominação de médicos no espaço laboral não podem ser compreendidas somente como relações hierárquico-profissionais, mas devem ser analisadas considerando o ponto de vista de gênero, relacionando o fato também à subalternidade do feminino (enfermeira) ao masculino (médico), uma vez que o contingente de trabalhadores da enfermagem tem majoritariamente a presença de profissionais do sexo feminino e a classe médica, um significativo número de homens.

A egressa E23 acrescenta como dificuldade para a transformação dessa situação a necessidade de que a categoria de enfermagem assuma uma postura de valorização do seu trabalho, respeitando o preceito do trabalho em equipe, expressando, por conseguinte, a valorização dos trabalhadores da classe.

> Não há união na enfermagem, e isso é frustrante. [...] A enfermagem deveria trabalhar em equipe, é continuidade. Então, se não ocorrer a transformação dentro da equipe de enfermagem, como a situação mudará? O que a população vê é a desunião! (E23)

Além da desvalorização da enfermagem por parte de outras categorias profissionais e da população, a desunião na equipe de enfermagem foi apontada como uma adversidade pelos egressos. Segundo Araújo et al. (2002), os profissionais incorrem em práticas desagregadoras

na profissão por não abrirem mão de seus interesses pessoais para facilitar o trabalho do colega, no que se refere à carga horária de trabalho e à tarefa do cuidar.

Há também a percepção de que a enfermagem incorre em práticas que expressam a desvalorização dos trabalhadores da própria categoria.

> Não somos respeitados porque nós não nos respeitamos. A gente gosta muito de falar que o médico não respeita o enfermeiro e o técnico, mas porque nós deixamos que isso aconteça. Desvalorizamos o nosso colega técnico que, às vezes, está trabalhando em dois empregos e que está fazendo uma faculdade. Os colegas debocham dele. Ou o enfermeiro que tenta mudar de plantão e organizar a escala da melhor forma para não prejudicar o horário de uma pós-graduação, e recebe a resposta de que infelizmente a regra não permite. Enfim, isso é uma forma de desrespeitar e desmerecer a enfermagem. (E9)

A desunião da equipe de enfermagem é apontada como um problema gerador de sofrimento pelos profissionais da enfermagem. Dessa forma, os trabalhadores de enfermagem lidam cotidianamente com o dissabor provocado por adversidades advindas, por exemplo, do relacionamento entre colegas e chefias, e a insatisfação com o vínculo e com as condições de trabalho (SILVA DE PAULA et.al., 2010; ARAÚJO et al., 2002).

Além de ser um transtorno para o trabalho da enfermagem, a desagregação da categoria exprime uma incoerência, visto que os trabalhadores se ressentem da desvalorização com que outros profissionais da saúde representam seu trabalho. Assim sendo, a desvalorização proveniente de outros trabalhadores deveria, no mínimo, unir a enfermagem no sentido de agregar esforços para transformar esse contexto, muitas vezes, adverso de trabalho. Essa postura assumida pelo conjunto dos trabalhadores se configuraria como um projeto coletivo, fortalecendo a categoria.

De outro modo, reverter-se-ia em valorização da profissão a solidariedade e o apoio dispensados aos membros da equipe de enfermagem, no interior de seu coletivo, ao atentar para necessidades individuais, por exemplo, o ajuste de escalas para favorecer a capacitação e a qualificação profissional.

Ademais, essa situação se configura em uma contradição, uma vez que as atividades laborais da enfermagem se desenvolvem predominantemente em equipe, logo, desagregar-se internamente prejudica a qualidade da assistência, além disso revela-se para os demais profissionais e para a população fragilidades que acabam sendo simbolizadas como erro e má atuação dos seus membros.

Benevides-Pereira (2010) afirma que os profissionais que vivenciam em seu contexto laboral pouco reconhecimento profissional e excesso de trabalho estão expostos a fatores predisponentes da Síndrome de *Burnout.* Nesse sentido, registrou-se na fala de um egresso

sobre a desunião da equipe da enfermagem o sentimento de frustração em função da constatação da desvalorização da enfermagem e da desunião da equipe de enfermagem. Tais sentimentos podem ser predisponentes para o desenvolvimento dessa síndrome, que vem acometendo insidiosamente os trabalhadores de enfermagem (CASTILHO, 2010).

A respeito do sofrimento provocado por dificuldades de relacionamento com os colegas de trabalho, no estudo desenvolvido por Prestes et al. (2010), os trabalhadores destacam como fatores causadores de aflição a desunião entre os pares, o pouco comprometimento de alguns componentes da equipe de saúde com o processo laboral e a não compreensão de alguns trabalhadores acerca das necessidades de os membros da equipe de enfermagem se capacitarem e se qualificarem.

A comunicação ineficaz no grupo de trabalho de enfermagem é um fator de fragilização das relações interpessoais, na medida em que pode gerar insatisfação e competição na equipe (ARAÚJO; MEDEIROS; QUENTAL, 2016), contribuindo para um ambiente de trabalho hostil. Em um estudo realizado com uma equipe de enfermagem de um hospital na cidade do Natal, no Rio Grande do Norte, Araújo, Medeiros e Quental (2016) descrevem que a equipe apontou como fatores que contribuem positivamente para o trabalho da equipe de enfermagem a comunicação eficaz, o companheirismo, a convivência com as diferenças, a capacidade de adaptação, a tranquilidade da equipe, a paciência com os demais e a ajuda ao próximo. Baggio (2007) corrobora com tais autores ao afirmar que o cuidado de si e entre si dos trabalhadores no espaço laboral é condição imprescindível ao bom desenvolvimento do cuidado ao cliente.

Considerando o empenho da maior parte dos trabalhadores em realizar o melhor, estes esperam que sua colaboração seja reconhecida. Nesse sentido, Dejours (2000) afirma que o não retorno simbólico e material do trabalho desenvolvido gera sofrimento. Portanto, o reconhecimento não é uma solicitação irrelevante dos que trabalham, sendo, na realidade, decisivo no processo subjetivo. Desse modo, ao ter a qualidade de seu trabalho reconhecida, as dificuldades da atividade laboral passam a ter significado para o trabalhador. Entretanto, não existindo o reconhecimento de seu trabalho e sem sentido para a sua relação com o trabalho, o trabalhador passa a sofrer. Schmidt, Dantas e Marziele (2008) asseveram que a diminuição do estresse laboral é diretamente influenciada pela satisfação no trabalho e pelo prazer profissional.

3.3.2.3 3ª Subcategoria: Formação acadêmica da enfermagem

Emergiu dos discursos a importância de uma formação profissional de qualidade para garantir reconhecimento profissional, assegurar excelência na assistência e enfrentar as adversidades do mundo do trabalho. À princípio, discorrer acerca da formação acadêmica de enfermeiros exige correlacionar o arcabouço legal vigente e seus efeitos na formação desses profissionais.

A partir da promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), em 1996, foram estabelecidas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) relativas a todos os cursos de Graduação. Desse modo, em 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem foram definidas.

As referidas diretrizes curriculares estabelecem a formação do enfermeiro com perfil generalista, humano, crítico e reflexivo, tendo como base o princípio científico, no sentido de desenvolver competências e habilidades de atenção à saúde, de tomada de decisões, de comunicação, de liderança, de administração e gerenciamento e de educação permanente. As DCN buscam, portanto, integrar a atenção ao indivíduo na perspectiva da atenção integral à saúde.

A LDB possibilitou também a expansão do número de Instituições de Ensino Superior (IES) estimulando a interiorização e o aumento de cursos e vagas em grandes cidades. Além disso, o Plano Nacional de Educação apresentou uma política de Estado para o decênio 2001-2010 que definiu uma ampliação da oferta de vagas em cursos superiores, compatível com 30% dos jovens entre 18 e 24 anos. Destaca-se o Decreto nº 2.306/97, que estipulou a integração entre ensino, pesquisa e extensão, somente para as universidades. Desse modo, outras IES não teriam que se dedicar à pesquisa, revelando a formação não integrada à pesquisa e à extensão (FERNANDES, 2012).

Em 2004, de acordo com Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação (INEP/MEC), a área da Enfermagem contava com 415 cursos, número que se elevou, em 2012, para 838. Desse quantitativo, registraram-se 80,19% na rede privada e 46,30% na região Sudeste.

Soma-se a esse fato a maior oportunidade de alcançar o ensino universitário promovido por programas de oferta de bolsas de estudos ou financiamento do Ministério da Educação (MEC) com ênfase para o Programa Universidade para Todos (PROUNI) e o Programa de Financiamento Estudantil (FIES) (NEVES; RAIZER; FACHINETTO,2007).

Outrossim, as faculdades de Enfermagem privadas passaram também a ofertar bolsas de estudo, bem como abrir unidades adjacentes à periferia de grandes cidades (BRITO; BRITO; SILVA, 2009).

Sobre as instituições de ensino superior que formaram os egressos participantes deste estudo, 69 (65,38%) foram graduados por universidades públicas localizadas nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil. Em contrapartida, 46 (34,62%) deles provêm de cursos privados. Essa proporção representa a relação inversa do demonstrado anteriormente sobre o quantitativo de cursos e o maior contingente das vagas de graduação estar alocado em cursos de instituições privadas.

Os egressos E12 e E19 apontam dificuldades na formação dos trabalhadores de enfermagem que, por sua vez, repercutem na qualidade da assistência, bem como no mercado de trabalho por conta do estrangulamento de vagas formais e de salários, além do subemprego.

> Há profissionais muito capacitados, porém outros não. Eu me formei em uma universidade pública, tanto na faculdade quanto na pós-graduação. Mas, percebo que alguns profissionais estão aquém do perfil adequado para trabalhar. Então, eu percebo a influência da formação na qualidade da assistência e na visão crítica do enfermeiro. (E12)

> Existem muitas universidades praticamente oferecendo. Assim, há profissionais que vão para o mercado de trabalho despreparados, sem experiência. Então, o mercado de trabalho fica saturado de profissionais despreparados que, fatalmente, ocupam empregos desqualificados, empregos que oferecem as piores condições. O empregador, por outro lado, sabendo que existe uma mão de obra que vai aceitar qualquer condição, condições ruins de trabalho. Assim, não há porque oferecer melhores condições de trabalho e nem bons salários. (E19)

Os fatores elencados provocam mudanças no perfil de estudantes de cursos de graduação em enfermagem, resultando em limites para a formação, no sentido de como lidar com os efeitos relacionados ao deficit de conhecimento acerca de conteúdos referentes ao ensino fundamental e médio, evidenciando despreparo para as exigências de um curso de graduação (BRITO; BRITO; SILVA, 2009).

> Penso que os profissionais que recebemos têm deficiência, considerando elementos que seriam básicos na formação. Óbvio que não têm a destreza pois, isso requer prática, mas espera-se que saibam a teoria, os conceitos, o conhecimento sobre procedimentos. Percebemos que, tanto nível médio quanto nível superior, não sabem, muitas vezes como proceder. Então, temos que fazer o que já deveria ter sido feito, capacitá-los. Acabamos por fazer treinamento voltado para suprir a formação. A formação está ruim, e isso repercute na qualidade da assistência que a enfermagem presta. (E14)

Uma pesquisa acerca do perfil sociodemográfico de graduandos de Enfermagem apontou que o acesso ao curso superior em instituições privadas provocou a necessidade de os graduandos precisarem do financiamento estudantil ou trabalharem para se manterem durante o curso (SILVA et al., 2012). Logo, depreende-se que os graduandos necessitam dividir o tempo entre o estudo e o trabalho. Dessa forma, a necessidade de trabalhar dos alunos é de algum modo um desinvestimento em sua formação, considerando, por exemplo, no curso de enfermagem, a necessidade de carga horária para aulas presenciais, bem como tempo para o estudo individual e atividades de preparação e amadurecimento de conteúdos para prosseguir no aprofundamento de conhecimentos. Além do mais, trabalhar exige não apenas a frequência ao local de trabalho e a sua desincompatibilização com o horário das atividades da graduação, mas requer também o descanso para o refazimento da jornada de trabalho.

E3, E9 e E23 acrescentam como deficiência na formação dos profissionais o desenvolvimento da responsabilidade e do compromisso com os horários e com a assistência à clientela.

> Os profissionais não estão com compromisso para nada. Isso me atinge profundamente porque vejo que ocorre em todos os âmbitos, por exemplo, com o horário de chegada e de saída do horário de trabalho, com o paciente, com o outro profissional, e com o colega de anos que está ali. (E23)

> Tenho que pedir ‘por favor’, para alguém atender um paciente, mas eu trabalho num hospital de emergência, e às vezes tenho que pedir pelo amor de Deus para alguém avaliar uma pessoa. Percebo que está muito difícil. Acho que está faltando compromisso dos profissionais com a profissão que escolheram. É triste. (E3)
> O profissional escolheu estar no serviço de saúde, prestando assistência como um profissional de saúde. É necessário entender essa responsabilidade pois, ninguém o obrigou estar ali e o profissional tem que arcar com as consequências da sua escolha. O problema é que a maior parte está para ganhar o dinheiro no final do mês e ganhar o plano de saúde. (E9)

Quanto à formação, Oliveira, Koifman e Pinheiro (2006) destacam a necessidade de educar o enfermeiro para desenvolver a consciência de cumprir o trabalhar; no caso, ao cuidar de um indivíduo e de sua família, fazê-lo com competência política, ética e científica. Na pesquisa desenvolvida pelos autores, o discurso de alguns graduados revelou uma hipervalorização do aspecto técnico. Entretanto, mesmo ao enfatizar a abordagem técnica, os graduados não desvalorizaram a visão ética e humana, o que facilita a construção da abordagem integral da clientela pelo profissional.

É indispensável agregar à abordagem do cuidado os aspectos social, cultural, ambiental e afetivo (OLIVEIRA; AMORIM, 2008; NUNES; SILVA; PIRES, 2011), no

sentido de contrapor à proposta tradicional na área da saúde, biologicista e centrada na assistência curativo-individual. Essa abordagem distancia-se das dimensões social, psicológica e emocional, que envolvem e se articulam aos problemas de saúde. O olhar mecanicista concebe o corpo como uma engrenagem com várias peças, reduzindo a doença a distúrbios físicos (DE MARCO, 2006).

Nesse sentido, os egressos ao apontarem o descompromisso de profissionais de enfermagem abordaram aspectos relevantes da formação de profissionais como a ética e a humanização, que vêm sendo negligenciados no cotidiano da assistência.

Identificou-se aqui uma contradição, visto que, apesar dos esforços empreendidos para o estabelecimento de bases curriculares nacionais, as DCN que visam promover a integração dos cursos de graduação na busca de um perfil de egresso crítico, reflexivo e humanista, além de tecnicamente competente, observa-se ainda profissionais não comprometidos com a integralidade do cuidado.

De acordo com Paim e Silva (2010), a integralidade tem sido apresentada de forma genérica abarcando diferentes noções, como a assistência com ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, nos diferentes níveis de atenção à saúde e prevenção, e também como forma de atuação do profissional de saúde ao englobar as dimensões biológica, psicológica e social. A assistência integral à saúde é dependente de vários componentes do trabalho em saúde, como a organização do trabalho, a prática interdisciplinar, a relação entre trabalhadores e usuários, além da necessidade de agregar novos saberes e práticas (NEMES et al., 2004).

Associados ao descompromisso com a integralidade da assistência, os efeitos do sucateamento dos serviços públicos de saúde que, como descrito anteriormente, atingem a assistência com a escassez de materiais, a diminuição de profissionais e a deterioração da infraestrutura; e, ao trabalhador com a sobrecarga de trabalho, a incerteza quanto ao do pagamento salário, a insegurança do vínculo empregatício e, subjetivamente, causando sofrimento. Esse conjunto de fatores torna-se prejudicial ao desenvolvimento do trabalho em saúde.

Sobrepõe-se, ainda, à referida contradição o contrassenso de as políticas públicas voltadas para a educação superior permitirem a abertura de instituições que oferecem cursos na área da saúde, incluindo a graduação em enfermagem, porém não apresentam condições satisfatórias para a formação de profissionais comprometidos com a complexidade do cuidado em saúde.

O trecho da entrevista de E9 que se segue descreve a conduta de uma enfermeira preceptora visando reorientar a perspectiva de cuidado da enfermeira residente. Tal atitude foi significativa para a residente de modo a associar esse episódio ao citar a importância do compromisso com a abordagem integral do cuidado.

Assim sendo, destaca-se o lugar privilegiado do processo educativo, enfatizando a riqueza dos serviços públicos de saúde como espaço de formação. Além disso, destaca-se o papel dos enfermeiros, presentes como enfermeiros assistenciais preceptores e tutores ou inserindo-se no cotidiano das unidades de saúde como docentes, para atuarem no ensino de clínico de graduandos e na supervisão de profissionais em qualificação, como no caso dos cursos de residência.

> A mãe queria colocar o filho no colo, mas tinha um PICC [Cateter Central de Inserção Periférica] para passar e eu estava ansiosa querendo passar o PIC. E eu disse para a mãe: 'não, mãe deixa que depois colocaremos ele no colo. Estou ocupada agora'. Eu não passei o PICC, a mãe foi embora sem colocar a criança no colo e eu tomei um 'sabão' nesse dia. Hoje, reflito que dei prioridade para o procedimento em detrimento do ser humano. [...] Eu trabalhei com pessoas que quando eu passei a agir de forma robotizada, me alertaram. (E9)

A fala de E9 demonstrou a relevância da atenção do agente formador com as atitudes do residente, o que exige compromisso com a qualidade da assistência e da formação de profissionais.

Inferiu-se que a visão acerca de alguns dos limites identificados atualmente na assistência e na formação enunciada pelos egressos tem a contribuição da reflexão sobre a prática e o mundo do trabalho suscitada pelas aulas teóricas, bem como pelas reflexões instigadas durante a supervisão direta dos residentes por preceptores, tutores e docentes nos cenários assistenciais.

Quanto às disciplinas, destacaram-se as disciplinas Fundamentos Teóricos e Práticos do cuidar I e II ministradas no primeiro e segundo anos e que têm como ementas, respectivamente:

> Analisa o desenvolvimento histórico do processo de cuidar, considerando os saberes e as práticas de saúde e modelos assistenciais. Reflete sobre as concepções do cuidar, seus significados e suas implicações para a Saúde e para Enfermagem. Analisa a arte da enfermagem no processo do cuidar. Reflete sobre os fundamentos teóricos do cuidar e seus nexos com o ensino, pesquisa e sua aplicabilidade na prática. Promove ações de intervenção para a transformação da prática de enfermagem, considerando a epidemiologia dos agravos de maior importância para a promoção da vida. – Disciplina Fundamentos Teóricos e Práticos do Cuidar I

> FTPC II - Analisa os conceitos, as teorias, os modelos e as tecnologias do processo de cuidar nos diferentes níveis de atenção, considerando as respostas humanas, suas interações entre indivíduos, família e comunidade, bem como sua relação com o processo saúde/doença. Discute as práticas de cuidado em saúde no processo de formação profissional. Reflete sobre os fundamentos teóricos do cuidar e os nexos com o ensino, a pesquisa e sua aplicabilidade na prática. Discute o relacionamento terapêutico na Enfermagem, o processo de cuidar em diferentes fases do desenvolvimento humano. Analisa o cuidado de enfermagem aos usuários dos serviços em diferentes situações de saúde. – Disciplina Fundamentos Teóricos e Práticos do Cuidar II

Essas disciplinas são ministradas para os residentes de todos os programas por serem disciplinas do núcleo comum. E conforme descrito nas ementas, a proposta é a discussão acerca dos pressupostos do cuidado, buscando a transformação da prática da enfermagem em direção à qualidade da assistência ao indivíduo nas diferentes fases da vida, família e comunidade, bem como nos diferentes espaços de cuidado. A disciplina oportuniza, assim, não apenas o aprofundamento teórico, mas a troca de experiências entre os residentes em suas variadas inserções do contexto assistencial.

Ressalta-se, ainda, a contribuição das disciplinas específicas relacionadas ao conteúdo de especialização que têm por objetivo aprofundar o conhecimento, relacionando-o com a prática do cuidado. O conteúdo dessas aulas oportuniza reflexão acerca do cuidado, trazendo para análise coletiva situações da assistência que abrangem a complexidade da vida dos indivíduos e suas famílias, em suas dimensões não apenas física, mas também social, econômica, psicológica, espiritual e cultural.

Destacou-se nas falas e nos documentos apresentados a meta do curso em oferecer o aprofundamento teórico do conhecimento e das habilidades necessárias ao enfermeiro para desenvolver o cuidado, correlacionando com reflexões críticas acerca das atitudes no processo do cuidar.

A partir do referencial teórico-metodológico adotado, infere-se que a segunda lei da dialética, a lei da unidade e da luta entre os contrários, explica a situação mencionada pelos egressos sobre a disputa entre médicos e enfermeiros no âmbito do trabalho, expressando perspectivas diferenciadas e até contrárias de assistência em saúde.

Compõe essa situação a condição histórica, política e social de sobreposição do masculino sobre o feminino na sociedade brasileira, conferindo, por exemplo, maior valor ao trabalho e ao profissional médico em detrimento do trabalho e do trabalhador da enfermagem, além de retratar uma situação de divisão sexual e intelectual do trabalho. Essa compreensão é socialmente reproduzida, considerando a pouca valorização da enfermagem pela população, fato também destacado pelos egressos.

A respeito da pouca valorização da enfermagem no mercado de trabalho, evidenciada, por exemplo, por baixos salários, a realidade da formação da enfermagem concorre negativamente para essa situação. Observa-se a composição de um exército de reserva de profissionais de enfermagem devido ao grande número de instituições privadas de educação superior que oferecem cursos de graduação e de nível técnico de enfermagem. Além desse grande contingente de profissionais, ressalta-se, conforme destacaram os egressos, que muitos profissionais têm apresentado nível de conhecimento que necessita de aprimoramento.

Outrossim, a divisão social do trabalho presente na profissão fragmenta e gera lutas de poder entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, gerada pela divisão intelectual e política das atividades relativas ao cuidado de enfermagem.

Considerando-se todos os fatores componentes dessa situação, configura-se a luta entre contrários, na qual a enfermagem, apesar de dificuldades no âmbito da profissão, também busca maior respeito profissional e reconhecimento social, como apontam os egressos.

3.3.3 3ª Categoria: Impactos do mundo do trabalho na subjetividade do trabalhador

Nesta categoria serão analisados elementos que interferiram na subjetividade dos enfermeiros egressos da residência como efeito do contexto de trabalho. Os egressos descreveram elementos produtores de prazer no exercício do trabalho como o cuidado responsável e de qualidade à clientela. Os fatores identificados como causadores de sofrimento psíquico para o trabalhador foram, especialmente, as precárias condições laborais e a sobrecarga de trabalho, além da pouca valorização social da profissão de enfermagem.

A responsabilidade com a saúde do cliente, oferecendo assistência adequada e segura, foi abordada pelos egressos como um fator importante em sua prática profissional, inclusive como fator produtor de prazer.

> É uma gratificação pessoal fazer o meu trabalho da melhor forma possível, buscando o melhor para o paciente. (E18)

Em um estudo acerca de fatores causadores de prazer e de sofrimento no cotidiano de trabalho da equipe de enfermagem, Kessler e Krug (2012) abordaram trabalhadores de uma equipe do programa de saúde da família e profissionais de um hospital. Na instituição

hospitalar, a satisfação no trabalho foi descrita pela possibilidade de contribuir para a melhoria do quadro de saúde do cliente, além de amenizar o seu sofrimento.

Ainda de acordo com Kessler e Krug (2012), produziram prazer, conforme elencado pelos trabalhadores da Unidade de Saúde da Família participante do estudo, o acompanhamento das famílias, abordando suas necessidades de saúde, e a resolutividade de suas demandas pelo trabalho realizado na unidade de saúde.

Também como um elemento gerador de aprazimento no trabalho de enfermagem em um serviço de hemodiálise emergiu, a partir de pesquisa desenvolvida por Prestaes et al. (2010), o prazer mediado pela interação com paciente durante o cuidado.

Corroborando com a literatura, observou-se a relevância dada pelos egressos à assistência prestada diretamente ao cliente, bem como a participação de uma equipe de profissionais como um fator de satisfação no exercício da profissão, como demonstram os fragmentos a seguir:

> Eu trabalhava feliz porque trocávamos conhecimentos em equipe, e o cuidado visava o melhor para o paciente. (E24)

> O que eu mais gosto na enfermagem é o quanto o enfermeiro consegue ser mais resolutivo e proativo, ter mais autonomia, e recebe mais credibilidade na atenção básica do que na rede hospitalar. Isso me incentiva em querer exercer a profissão. (E15)

E15 destaca, no nível de atenção básica do sistema de saúde, a possibilidade de autonomia e a resolutividade do enfermeiro, além do reconhecimento da clientela, como fatores motivadores para o exercício da profissão. Da mesma forma, o prazer da valorização profissional proveniente dos pacientes foi elencado por trabalhadores participantes de pesquisa desenvolvida por Prestes et al. (2010) como um incentivo fundamental para enfrentar situações adversas do ambiente de trabalho.

Assim, acerca do prazer no trabalho, evidencia-se na fala dos egressos a busca por desenvolver a assistência de qualidade mesmo em um contexto laboral hostil. Tal atitude apresenta-se como um compromisso na prática profissional.

De outro modo, as adversidades do contexto do trabalho limitam a possibilidade de cumprir com o compromisso da oferta da assistência de qualidade e trazem diferentes graus de sofrimento a esses enfermeiros. Pois, entende-se que para realizar o cuidado, faz-se imprescindível ter instrumentos e insumos necessários para tal, além disso, planeja-se que a assistência conte com um quantitativo adequado de recurso humano, bem como que haja

qualidade desse recurso. Na falta de qualquer um desses elementos, provoca-se incerteza, aflição, descontentamento, fatores que atingem negativamente a subjetividade dos trabalhadores de enfermagem (VALERETTO; ALVES, 2013).

Os egressos E12, E13 e E20 discorreram em suas entrevistas sobre o mal-estar causado pela vivência de condições de trabalho inadequadas à prestação do cuidado e indicaram, especialmente, a falta de materiais e de profissionais.

> Eu tive experiências em hospitais universitários e, por mais que houvesse crise, tínhamos os recursos materiais. Mas observo que na maioria dos hospitais, não há e é bem complicado. Cheguei a pensar: "Meu Deus, onde eu me meti", porque é muita responsabilidade! A vida das pessoas em nossas mãos. Vejo que, às vezes, as pessoas não sobrevivem por negligência do sistema de saúde. É muito difícil! (E12)

> Todas as enfermeiras aqui só têm esse vínculo, e todas falam que a escala está apertada, que é muita carga de trabalho, que não há com quem dividir e compartilhar. Deveríamos ter mais recursos do governo federal, que é o órgão que deveria lhe dar mais condições para cuidar da população. No entanto, não dá e ainda retira. Isso é muito frustrante! (E13)

E20 compreende o contexto de trabalho no SUS como hostil, uma vez que o julga como tenso e até violento, considerando a necessidade de enfrentamento das adversidades existentes em seu ambiente laboral.

> Atualmente, trabalho ainda no SUS, e o meu trabalho é um retorno para o SUS. Cada dado gerado, cada tabela informando mortes, ou não por Zika, Chikungunya ou Dengue é em prol do paciente que está sendo atendido. Então, será que estamos dando um *feedback* de qualidade, ou eu estou sofrendo com péssimas condições de trabalho para ser uma heroína e chegar ao meu objetivo? Penso que o processo todo [de trabalho na saúde] é muito tenso, pesado, cansativo e violento. (E20)

Dejours (2013) assinala a concepção de sofrimento no e pelo trabalho, considerando-o como um estado em que há um conflito entre o indivíduo, com suas especificidades, e a configuração da organização do trabalho. O autor define que o sofrimento é um estado entre o equilíbrio psíquico e a doença mental. Além disso, o conflito entre a idealização do profissional em confronto com as características da organização do trabalho, que dificulta a criatividade e a expressão da subjetividade do trabalhador, é uma situação que provoca sofrimento e alienação.

Desse modo, observou-se no relato dos enfermeiros entrevistados que o contexto laboral com as suas dificuldades, como a sobrecarga de trabalho e a falta de materiais, limita-os a desenvolver a perspectiva de qualidade de assistência que intencionam, causando sofrimento.

Toda essa situação é um contrassenso, haja vista que a organização do trabalho cobra do trabalhador que ele desenvolva suas atividades laborais com segurança e qualidade, no entanto não fornece os elementos básicos para que tais atividades aconteçam com o devido valor. Sabe-se, inclusive, que muitos enfermeiros compram com seu próprio dinheiro materiais para trabalhar ou fazem trocas com outros setores a fim de garantir a assistência, o que evidencia o aprofundamento dessa contradição.

Por certo, vivenciar tais contradições são origem de sofrimento psíquico por frustação de idealizações apreendidas durante a formação e a qualificação, pois conforme Dejours (2013) quanto mais distante está a organização do trabalho prescrito da organização real do trabalho, há um potencial elevado para o sofrimento e para o adoecimento psíquico. Assim, durante o curso de residência há disciplinas, por exemplo, Fundamentos Teóricos e Práticos do Cuidar e Educação Permanente, que compõem o núcleo comum de disciplinas tanto no primeiro quanto no segundo ano da residência, sendo ministradas a todos os residentes. Compreendeu-se que essa proposta propicia discussão ampliada acerca da prática da enfermagem com os residentes de todos os 12 programas. Além destas, a disciplina Tópicos Avançados de Enfermagem versa sobre os conteúdos da especialidade cursada pelo enfermeiro residente. Também desenvolvida nos dois anos da residência, a referida disciplina aprofunda as peculiaridades do contexto laboral de cada especialidade. Assim, as disciplinas mencionadas buscam ensinar e reforçar a maneira correta e ideal para se desenvolver o cuidado de enfermagem. Desse modo, há confronto entre o conhecimento produzido e o que se encontra no contexto real de trabalho.

E5 aponta que o trabalhador tem que lidar com as difíceis condições de trabalho nos serviços públicos de saúde sucateados, somadas às situações de adoecimento e padecimento da clientela.

> Sempre foi um desafio trabalhar na área da saúde, por ter que lidar com o sofrimento, e o adoecimento do outro. Estamos vivendo um caos, tanto em relação ao paciente que precisa de atendimento, quanto dos profissionais que estão em serviços sucateados de todas as formas possíveis, e ainda têm que prestar um serviço vital, que envolve lidar com a saúde, doença e com o sofrimento das pessoas necessitadas de assistência. (E5)

Esse depoimento evidencia que, além de fatores relacionados à configuração do trabalho que causam sofrimento psíquico nos trabalhadores, tem-se a natureza do trabalho de enfermagem, que lida com a dor, sofrimento, morte e a miséria humana, motivos que também provocam padecimento emocional nos profissionais (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF,

2010). Sendo assim, a literatura que aborda a saúde do trabalhador de enfermagem vem apresentando um crescente adoecimento psíquico com afastamentos longos do ambiente laboral, o que não ocorrida em um passado recente cuja razão do absenteísmo desses trabalhadores eram as doenças osteomusculares (FERREIRA et al., 2012; LELIS et al.,2012; MAGNAGO et al.,2010b).

Por conseguinte, entende-se que o quadro da precarização das condições de trabalho imposto pelo contexto neoliberal de enxugamento da máquina pública, e mais a natureza do processo de enfermagem, vem impactando fortemente na dimensão subjetiva dos trabalhadores, conduzindo-os ao intenso sofrimento psíquico e ao adoecimento.

E18 refere a não adesão à proposta de uso de materiais inadequadamente, o que expõe o usuário a possíveis danos, conforme descreve em seu depoimento a seguir.

> Trabalhei em dois hospitais privados. Em um deles, uma situação me chocou de tal forma que resolvi pedir demissão. Por conta de dificuldades de liberação de material pelo plano de saúde. Um cateter de um adulto é incompatível para uma criança. Então, eu não consigo conceber que, em função do plano de saúde ter liberado apenas o cateter adulto eu deva colocá-lo em uma criança. Então, por isso pedi demissão. Não foi a minha criação, não foram os ensinamentos que eu tive, nem o que a faculdade me ensinou, ou mesmo não foi essa a experiência aqui na residência. (E18)

Tal relato salienta algumas incongruências do mundo do trabalho em saúde que acabam repercutindo negativamente na dimensão subjetiva dos trabalhadores. Primeiramente, é a noção de que saúde é mercadoria e, portanto, deve-se lucrar com ela por meio da minimização gastos com recursos materiais, como também deixando que o tipo do seguro-saúde determine que tipo de assistência o paciente terá, incluindo-se o material utilizado nos procedimentos. Um segundo aspecto é o dilema ético que o profissional vivencia em ser praticamente impelido pela organização do trabalho a utilizar material inadequado para o cuidado a pessoa sob sua responsabilidade, a tal ponto de ter que decidir entre realizar um cuidado inapropriado ou perder o emprego. E um terceiro aspecto é, mais uma vez, o distanciamento entre a organização prescrita do trabalho e a organização real do trabalho, representada pelo que a egressa aprendeu no curso de graduação e qualificada no de residência, no entanto se encontra ressonância no contexto real do trabalho (DEJOURS, 2013; MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010).

Também como motivo de desgaste, as falas de E3 e E13 descrevem as dificuldades enfrentadas no trabalho em equipe, referindo-se à equipe multidisciplinar.

> Eu confronto, brigo e cobro, mas está me adoecendo um pouco, fico para baixo, mas no meu plantão faço o máximo pelo meu paciente. Com os meus técnicos conseguimos ser uma equipe fechada, um ajuda ao outro, mas com a medicina temos problemas de relacionamento. (E3)

> Eu vivi uma situação há pouco tempo em que um funcionário falou: "Mas isso não é você, você não quer ser vista como uma pessoa má, porque você não é assim". Aí eu falei: "Eu não sou assim mesmo, e não sou eu que estou fazendo isso!". Mas a profissional que está à frente da equipe e que também 'bate' sou eu. E aí, a responsabilidade [referindo-se às inadequadas condições de trabalho] torna-se minha! Isso é muito decepcionante e frustrante relacionado a tudo que aprendi, ao que eu desejei fazer ao me formar, aos meus objetivos de trabalho. (E13)

O trabalho em saúde pressupõe o trabalho coletivo a fim de alcançar a integralidade da assistência. Para tal, a proposta prevê que o trabalho seja desenvolvido em equipe multidisciplinar e realizado de forma interdisciplinar. Entretanto, observa-se que os egressos apontam a dificuldade do trabalho em equipe seja na própria equipe de enfermagem ou entre membros da equipe multidisciplinar, com destaque para conflitos e a desqualificação do trabalho de enfermagem por profissionais que compõem a assistência em saúde.

Nesse sentido, observou-se uma importante contradição, pois, apesar de o trabalho em saúde ser prescrito para ser desenvolvido em equipe, o trabalho real caracteriza-se por um contexto do trabalho gerador de conflitos entre os profissionais.

A assistência em saúde não é complexa apenas pela natureza de seu objeto, qual seja, conforme descreve Peduzzi e Palma (2000), uma atividade que intervém em situações de vida e de morte, de saúde e de doença, tendo o contexto social como cenário. A complexidade do campo da saúde se dá ainda por ser um contexto hostil ao trabalhador, impondo serviços de saúde sucateados pela escassez de materiais, pelo número de trabalhadores aquém do necessário para oferecer assistência de qualidade, pela remuneração desigual a trabalhadores com o mesmo grau de instrução, por definir cargas horárias e vínculos diferentes, fomentando, assim, a disjunção e a competição entre os profissionais.

As situações de embate no trabalho, como o conflito de interesses e de perspectivas profissionais e de assistência, colaboram para instabilidade do ambiente laboral. A permanência do estresse vivenciado no ambiente laboral acarreta danos à saúde mental do trabalhador, podendo manifestar-se pela Síndrome de *Burnout*, uma forma de estresse constante, relacionado às situações de trabalho (SILVA DE PAULA et al., 2010). Nesse contexto, destaca-se que um egresso respondeu ao questionário registrando afastamento do trabalho para tratamento de ansiedade, síndrome do pânico, depressão e Síndrome de Burnout, evidenciando a relação entre o comprometimento de sua saúde e a atividade laboral.

Os fragmentos de entrevistas destacados a seguir evidenciam a pouca valorização profissional imputada à enfermagem brasileira, apesar de ser uma profissão primordial no contexto da saúde e para própria sociedade, uma vez que ela contribui para a promoção da saúde e prevenção de agravos. Portanto, caracteriza-se como uma situação de sofrimento psíquico para os participantes.

> Estou um pouco decepcionada, e espero consigamos reverter isso [referindo-se à desvalorização da enfermagem]. A enfermagem é essencial em todas as áreas, seja qual for. Os profissionais de enfermagem fazem a diferença, mas sabemos que poucos somos lembrados. É uma gratificação pessoal. Quando o paciente tem alta, normalmente é o médico que é lembrado, mas temos a sensação de dever cumprido. (E18)

> A enfermagem é uma profissão, infelizmente, muito desvalorizada pelos governantes que não veem a importância que a gente tem, às vezes pelos próprios colegas que não veem a sua importância e nem a importância do paciente. O paciente que às vezes, por também estar muito sofrido, desconta no servidor, no profissional que também está sofrido, assim, é uma reação em cadeia! Então, é um sofrimento generalizado. Os profissionais que estão tentado que remar na maré, tentando enxergar o que há de bom no seu setor, na sua área, no seu valor, para conseguir enfrentar tudo isso e ainda ter prazer de exercer sua profissão. (E5)

Em um estudo realizado por Kesseler e Krug (2012) com trabalhadores de enfermagem de uma instituição hospitalar e de uma unidade básica de saúde, identificou-se a necessidade de acompanhamento psicológico e de realização de grupos de autoajuda a fim de apoiar o enfrentamento do desgaste ocasionado pelo trabalho. Assim sendo, elementos que contribuem para a insatisfação no trabalho apontados pelos profissionais das duas unidades de saúde são a falta de reconhecimento e a desvalorização das atividades realizadas, por colegas da equipe de trabalho, como também por gestores das instituições.

Dejours (2004) assevera que o reconhecimento simbólico e material não é qualquer coisa, ele deve ser privilegiado pela organização do trabalho como fonte para manter o trabalhador saudável psiquicamente, portanto satisfeito com o trabalho desenvolvido, logo com potencial para melhor criar e produzir no processo laboral. Complementando, salienta-se que é por intermédio do reconhecimento que o trabalhador consegue converter o sofrimento vivenciado em prazer e realização. Desse modo, o trabalho torna-se um regulador do processo de ampliação e estabilização da identidade que ocorre por meio da constatação do valor da prática do profissional (GERNET, 2010).

Corroborando, uma pesquisa desenvolvida por Pereira Rodrigues et al. (2014) ressaltou como situações estimuladoras da produção da saúde do trabalhador a satisfação com

o trabalho que exerce, o reconhecimento da utilidade social de seu trabalho, além de denotar-se como sujeito participativo e relevante em seu processo de trabalho.

Ademais, destaca-se a contradição que vivenciam os enfermeiros, pois sabem que são formados e qualificados para salvar vidas e promover saúde, um dos bens mais relevantes de uma sociedade, como também sabem que são fundamentais na dinâmica da vida, todavia não são reconhecidos como idealizaram ou como enfermeiros de outros países o são (MESTRINHO, 2012; CASSIANI; ZUG, 2014). Pois, a organização do trabalho os espolia até as últimas energias psicossomáticas quando não fornecem material e pessoal em quantidade e qualidade adequadas para o desenvolvimento do cuidado; quando colocam metas de produção quase que inatingíveis; quando não permitem que tenham pausas no trabalho por conta de ritmo e demanda laboral intensos; ou quando pagam salários irrisórios. Tal contradição atinge profundamente a subjetividade dos enfermeiros gerando sentimento de frustação, descontentamento, subjugação, entre outros sentimentos que são danosos para a saúde desses trabalhadores (ALVES, 2011).

Outrossim, as falas apontadas anteriormente ratificam os achados de um estudo desenvolvido com profissionais de enfermagem de um hospital universitário por Silva e Marziale (2006), ao mencionar que diversos fatores expõem os trabalhadores ao adoecimento, por exemplo, longas jornadas de trabalho, ritmo laboral elevado, multiplicidade de funções e esforço físico excessivo. O estudo afirma também que tais condições influenciam a subjetividade do trabalhador e, conforme a perpetuação das condições de trabalho e das condições econômicas, emocionais, sociais, culturais e físicas dos profissionais, pode constituir-se o distúrbio psíquico.

Emergiu do conteúdo das entrevistas a importância do lazer e do relacionamento com amigos e familiares como forma de manter a saúde mental dos participantes do estudo. Por outro lado, destacou-se como elemento de agravo à saúde o fato de muitos profissionais negligenciarem a própria saúde privilegiando o trabalho em detrimento do cuidado de si.

> Percebo uma carga horária grande dos profissionais de enfermagem. Muitas vezes, as pessoas têm mais de um emprego para compor a renda. O enfermeiro tem a possibilidade de trabalhar em um, dois e até três empregos, o que faz com que a carga horária de trabalho seja extremamente puxada. E muitas vezes o profissional não tem lazer, não tem vida social, não tem tempo sequer para se cuidar preventivamente. Também vejo poucos fazendo atividade física, tendo alimentação saudável, fazendo exames preventivos. (E11)

Os profissionais de enfermagem por conta de uma extensa carga horária de trabalho, pela dupla e tripla jornada de trabalho, aqui incluído também o trabalho doméstico, por ser

uma profissão eminentemente feminina e por medo de perder o emprego, acabam por não relevarem sua própria saúde, deixando para segundo plano o cuidado de si (FERREIRA et al., 2015). Essa situação também se caracteriza como uma contradição, pois é preciso que o profissional esteja em boas condições de saúde a fim de prestar um cuidado seguro e de qualidade.

Atividades do cuidado de si envolvem prática de esporte, alimentação saudável e em horários adequados, realização de lazer, o convívio frequente com familiares e amigos, o desenvolvimento da espiritualidade e/ou de prática religiosa, o investimento em capacitação e qualificação, utilização de terapias integrativas e complementares de saúde, além de realização de exames de saúde periodicamente. Tais atividades previnem o adoecimento e protegem a subjetividade dos trabalhadores. Por outro lado, sua não realização resulta, quase sempre, em desdobramentos negativos para a saúde (FERREIRA et al., 2015).

Corroborando com essa análise, Azambuja et al. (2010), em uma pesquisa desenvolvida com trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva, verificaram que cerca de 80% da amostra investigada, correspondendo a 41 trabalhadores, não cuidam da saúde de forma preventiva, nem adotam condutas e ações de promoção da saúde.

Dos egressos que compõem o universo (n=106) deste estudo, a maioria (n=86, 81,13%) informou não ter tido afastamento do trabalho e 14 (13,20%) afastaram-se das atividades de trabalho, considerando os 12 meses anteriores ao momento da coleta de dados. Destaca-se que, dentre estes, 6 (42,85%) egressos afastaram-se por motivos relacionados à gestação e à licença-maternidade.

Destaca-se a seguir um fragmento da entrevista de E9, que descreve a dificuldade de enfrentamento das adversidades do contexto de trabalho que, por conseguinte, resultou em adoecimento mental.

> Em maio do ano passado [2017] eu tive uma crise de ansiedade [no trabalho] e descobri que eu estava com depressão e síndrome de *Burnout*, porque eu não sabia lidar com as dificuldades extremas do contexto de trabalho. Durante o tratamento, comecei a identificar que poderia enfrentar essas adversidades e até que, muitas vezes, eu já as enfrentava, mas nem percebia. (E9)

Ressalta-se a fala de E9 sobre a capacidade de enfrentamento de dificuldades no contexto de trabalho. Tal capacidade, embora inicialmente não percebida, foi identificada em seu processo de cuidado à saúde como um recurso para a vivência laboral.

Sobre o enfrentamento de problemas de saúde em consequência das dificuldades do contexto laboral, E5 salienta que não há apoio institucional para o profissional elaborar e enfrentar as tribulações originadas no trabalho.

> Como profissional de saúde, temos que enfrentar tudo sozinhos, buscando ferramentas internas. Não temos apoio institucional. Há muitos profissionais usando medicações controladas para aumentar sua capacidade de trabalho devido ao elevado número de plantões, e também para dormir, pois, estão tão cansados que não conseguem deitar e descansar, quando é possível descansar! Eu trabalho no serviço militar que é um dos mais sucateados. O policial militar morre muito em serviço, e isso também é fonte de estresse. Estamos numa estrutura decadente, com pessoas frustradas, muitos profissionais de licença para tratamento de saúde, poucos funcionários para trabalhar, faltando material básico. Tudo isso é muito complicado de enfrentar. (E5)

O trabalho em saúde vem exigindo dos profissionais o desenvolvimento de atividades em um contexto hostil, com exposição a riscos para a saúde, por exemplo, pela falta de equipamentos de proteção individual, por exposição à violência urbana, entre outros aspectos. Outrossim, o processo de trabalho da enfermagem é penoso, no qual se inscrevem todos os tipos de risco ocupacional, com destaque para o risco psicossocial, em que se tem contato extremo com a dor, o sofrimento humano, com a morte e o processo de morrer (MARTINS, ROBAZZI; BOBROFF, 2010). Desse modo, faz-se mister que a organização do trabalho forneça medidas e ações que protejam a subjetividade e a saúde dos trabalhadores, por exemplo, ginástica laboral, grupos de reflexões e de autoajuda, terapias complementares de saúde, profissionais da saúde à disposição e com acesso fácil pelo trabalhador para tratar de questões de saúde-doença. É também essencial que os trabalhadores atentem para o cuidado de si como uma medida de zelo por sua saúde física e mental (FERREIRA et al., 2015).

Por outro lado, verifica-se que o trabalhador de enfermagem também não investe na sua saúde, pois quando percebe que o sofrimento psíquico está intenso ou quando se constata que o trabalho é pesado emocionalmente, ele não procura realizar psicoterapia, talvez por preconceito, porque podem pensar que ele é um doente mental, o qual é discriminado na sociedade (MININEL; BAPTISTA; FELLI, 2011). Assim, mesmo reconhecendo a necessidade de apoio para vivenciar as adversidades do trabalho, que não é oferecido pelos órgãos empregadores, reproduz a atitude de não investimento na saúde, ao não empreender esforços para o cuidado de si.

É relevante ressaltar que se institui, assim, um círculo vicioso de contradições e incoerências, no qual órgãos empregadores e trabalhadores não investem no bem-estar do agente cuidador.

Quanto à associação entre condições de trabalho e agravos à saúde de profissionais de saúde, estudos (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010; BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; BARBOSA et al., 2012) têm sido desenvolvidos a fim de expor e analisar a relação entre trabalho e adoecimento.

Karasek (2005) desenvolveu um modelo de análise designado como demanda-controle. O referido modelo considera como demandas as tensões psicológicas aos trabalhadores impostas pelo trabalho e como controle a possibilidade que ele tem de gerir o seu trabalho, com base em suas habilidades e conhecimentos. Percebe-se no contexto do trabalho em saúde, conforme descrito pelos egressos, o importante peso de situações que estão fora da governabilidade do profissional, como a falta de material e a sobrecarga de trabalho, fatores que limitam a sua possibilidade de diminuir a pressão e empreender esforços na transformação do contexto laboral.

De acordo com Rodrigues et al. (2014), o processo saúde-doença do trabalhador conta com três condicionantes básicos: as condições gerais de vida, as condições de trabalho e o processo de trabalho propriamente dito. As condições de trabalho relacionam-se à jornada de trabalho; ao tipo de contrato de trabalho; à forma de pagamento; ao valor da remuneração; ao horário de trabalho; às condições do ambiente de trabalho, por exemplo. Dessa forma, o desgaste físico, emocional e mental produzido pelas condições de trabalho pode promover o desenvolvimento de apatia, desânimo, hipersensibilidade emotiva, raiva, irritabilidade e ansiedade, podendo provocar também despersonalização e inércia, o que influi na queda de produtividade, no desempenho e no grau de satisfação do trabalhador.

Não obstante às condições impostas pela lógica neoliberal, destaca-se que o relacionamento do trabalhador com a organização é dinâmico e, como tal, passível de mudanças. Nesse sentido, a reflexão sobre o contexto de trabalho pode proporcionar aos trabalhadores a perícia de reapropriar-se do seu trabalho, impulsionando transformações que façam do trabalho uma vivência menos árdua e mais produtora de saúde (LANCMAN; SZNELWAR, 2004; DEJOUR, 2004;)

Destaca-se a fala de um egresso, E18, anteriormente citada neste estudo, ao referir que diante da experiência vivenciada buscou o exercício da enfermagem em outro país por não identificar possibilidades de transformação do contexto de trabalho em saúde no Brasil.

Essa categoria, ao analisar o sofrimento dos trabalhadores de enfermagem, recapitulou considerações tecidas nas análises das categorias anteriores, uma vez que alguns fatores apontados sobre o contexto político, social e da enfermagem são identificados como produtores de dissabor e consternação do trabalhador, demonstrando a relação entre as

adversidades do mundo do trabalho e os efeitos psicofísicos na saúde do trabalhador de enfermagem.

Nos documentos do curso, identificou-se a definição de estratégias e de ações que buscam estimular e oportunizar aos enfermeiros no contexto de sua qualificação, valorizar e experienciar o investimento no cuidado de sua saúde.

No sentido de sinalizar a importância do cuidado de si, a recepção dos residentes conta com a "Semana de Ambientação de Residentes" a fim de conhecerem a proposta do curso e familiarizem-se com a universidade, a faculdade de enfermagem, o hospital universitário, a residência de enfermagem e seus atores. Esse evento inicial conta também com a fala de especialistas sobre o cuidado de si.

Para assistência de saúde, os alunos do curso podem ser atendidos no Departamento de Segurança e Saúde do Trabalho (DESSAUDE) da universidade. Além disso, o curso oferece também a oportunidade de atendimento no Espaço de Cuidado Integral na faculdade de enfermagem da instituição. Esse espaço oferece terapias integrativas e complementares, como Reiki, Terapia Floral, Quick Massagem, Reflexologia Podal, Auriculoterapia e Cromoterapia.

Ainda como parte da estrutura de apoio aos enfermeiros residentes, o curso oferece atendimento em psicologia e psicopedagogia a partir do encaminhamento de residentes ao Núcleo de Atendimento Psicopedagógico ao Residente (NAPPRE), estruturado na Coordenadoria do Desenvolvimento Acadêmico (CDA) do hospital universitário.

Dessa forma, o curso de residência tem em perspectiva não apenas acolher, mas oferecer suporte e apoio aos residentes em processo de qualificação, considerando a importância do cuidado em saúde dos profissionais, as adversidades do contexto dos serviços de saúde e a condição de recém-graduados e inseridos em um contexto no qual lhes é necessário exercitar a sua identidade profissional, o que pode ocasionar conflitos. O apoio ao profissional diante de situações conflituosas e contextos laborais produtores de desgaste psicofísico e de sofrimento representa um elemento valioso para o cuidado de si, o manejo de situações adversas e a elaboração pessoal e coletiva de respostas às situações de desgaste.

Ademais, o curso recebe vários alunos que, ao ingressarem na residência, passaram a residir distante da família, que se encontra em outra cidade do estado do Rio de Janeiro ou, até mesmo, em outro estado brasileiro. A condição de afastamento da família, aliada à grande carga horária do curso e aos enfrentamentos inerentes a ele, é um dos motivos de mobilização emocional dos alunos. Portanto, tais ações e medidas citadas anteriormente servem de apoio à saúde dos residentes, fato que os egressos não têm encontrado nas organizações laborais em que atuam.

Com base no referencial teórico-metodológico desta pesquisa, identifica-se que os elementos apontados nessa categoria se referem a uma das Leis da Dialética, a Lei da interpenetração dos contrários e da unidade, considerando as falas dos egressos sobre os sentimentos de prazer e sofrimento nas experiências da prática profissional.

Os egressos destacam que seu contexto de trabalho lhes é capaz de proporcionar um conjunto de sentimentos que vão desde os relacionados ao aprazimento, bem como os relativos ao sofrimento. Assim, um conjunto que, embora composto de elementos contraditórios, representa a realidade vivenciada pelos egressos no curso de residência.

3.3.4 4ª Categoria: Recursos para enfrentamento das adversidades do Mundo do trabalho

Nesta categoria, os egressos da residência apontaram diferenciados meios de enfrentamento das adversidades vivenciadas no contexto laboral. Considerando a diversidade do conteúdo abordado, identificaram-se 4 temáticas, a partir das quais as falas dos egressos foram organizadas: (i) limites do enfrentamento das adversidades do trabalho; (ii) compromisso com a assistência à clientela; (iii) posicionamento ético e político perante as situações insólitas de trabalho; (iv) articulação com a equipe e com usuários no contexto do trabalho; e (v) processo educativo como forma de qualificar a assistência e driblar as adversidades.

Os entrevistados identificaram que há adversidades que impõem limites de enfrentamento ao profissional, uma vez que estão ancoradas em determinantes macroestruturais. Desse modo, os egressos referem-se à falta de governabilidade diante de alguns elementos adversos no trabalho em saúde, por exemplo, o exíguo quantitativo de profissionais na equipe de enfermagem, um dos fatores que contribuem para a sobrecarga de trabalho.

> Há situações que têm causas macroestruturais e não depende de nós solucioná-las. Ficamos de mãos atadas. É frustrante falar isso, mas, às vezes, temos de conviver com a adversidade sem ter o que fazer. (E13)

> Penso que a melhora está em quem tem o poder de mudança. Então, está na gestão em nível macro. Os profissionais em nível operacional, devem entender que não têm poder para interferir muito na realidade. (E10)

Um estudo (BECK et al., 2010) realizado com enfermeiros de diferentes serviços de atenção à saúde aponta, no que se refere a fatores dificultadores do trabalho do enfermeiro, que algumas situações são difíceis de serem modificadas pela atuação dos trabalhadores, os quais citam recursos materiais reduzidos e/ou inadequados, baixo quantitativo de pessoal, infraestrutura inadequada para o desenvolvimento do trabalho e manutenção estrutural.

Alguns egressos são funcionários de empresas privadas e reconhecem a limitação de expressar para organização do trabalho seus pontos de vista sobre como realizar as ações de cuidado conforme suas perspectivas de atuação profissional e de acordo com a formação que obtiveram, evidenciando, desse modo, que discordam de algumas condutas e prescrições impostas por tais organizações laborais. Pois, esses egressos entendem que suas críticas e discordâncias podem significar exposição negativa de suas figuras profissionais e fragilização de suas posições no contexto de trabalho, implicando em riscos à manutenção do vínculo. Segue um relato para exemplificar essa análise:

> Eu preciso trabalhar e preciso do meu salário, então infelizmente, eu tenho que dançar como a música. Eu não posso explanar tudo que penso, ou o que eu gostaria de mudar, porque não tenho poder para isso. Sou um plantonista e tenho chefias acima de mim. (E4)

A preocupação desses egressos é pertinente, pois sabe-se que a oferta de emprego com regulamentação pela CLT ou mesmo por concurso público está cada vez mais escassa, pois com a influência do ideário neoliberal, a máquina pública vem enxugando suas despesas com pessoal e material, portanto não é prudente arriscar o emprego. Por outro lado, a iniciativa privada no contexto da saúde está muito mais preocupada com o lucro decorrente do serviço prestado à população do que com a qualidade da assistência prestada. Assim sendo, as críticas dos funcionários para melhor desenvolvimento do serviço quase sempre não são bem-vindas e incomodam a gerência, podendo, desse modo, resultar na perda do emprego e colocar em xeque a sobrevivência material (EBERHARDT; CARVALHO; MUROFUSE, 2005; ANTUNES, 2005).

Sabe-se também que existe um exército de reserva de mãos de obra desejoso para se inserir no mercado de trabalho. Por conseguinte, a iniciativa privada conhece esse fato e caso precise substituir um trabalhador de enfermagem que vem criticando a gerência, tal substituição é tarefa fácil e rápida, não pensando duas vezes para fazê-lo (ANTUNES, 2005).

No contexto laboral, a avaliação cognitiva de uma situação estressante compreende reconhecer a ameaça e criar estratégias de enfrentamento, além de perceber-se

como capaz de encarar as dificuldades e os fatores de estresse (PORTELLA FONTES; LIBERALESSO NERI; SANCHES YASSUDA, 2010). Desse modo, como estratégias de enfrentamento adotadas pelos egressos, verificou-se a conduta do posicionamento não contundente e do esforço a adaptação às regras vigentes na instituição. Mas, apesar da decisão em adaptar-se às normas e determinações da empresa, os egressos reconhecem o desgaste psicofísico como efeito deste processo de enfrentamento de adversidades.

> Eu me posiciono, não de forma rebelde ou tão radical, porque preciso manter o emprego. Mas, por vezes, chego em casa cansada fisicamente e psicologicamente, porque não fico satisfeita quando deixo de fazer o cuidado que eu poderia fazer de melhor forma ou com um material mais adequado. (E24)

> Eu "mato um leão" a cada plantão. É muito difícil se adaptar às regras que muitas vezes você não concorda, daí o desgaste e o cansaço que se tem. (E4)

De acordo com Portella Fontes, Liberalesso Neri e Sanches Yassuda (2010), algumas particularidades do trabalho podem propiciar desajustes e sofrimento ao trabalhador, por exemplo, o excesso de atividades, o cerceamento no exercício da criatividade e na resolução de problemas, a limitação da autonomia no seu ritmo e método de trabalho, além de conflitos interpessoais.

Desse modo, constata-se que não poder manifestar a subjetividade e a capacidade de reflexão e de tomada de decisão, bem como atuar em uma organização do trabalho que engessa o trabalhador, é fonte de intenso sofrimento psíquico, gerando cansaço, tristeza, desmotivação, além de outros fatores que são potencialmente geradores de doença. Portanto, essa situação vai ao encontro do descrito pelos egressos E4 e E24 cujo resultado é a sensação de que, inclusive, não estão desenvolvendo o cuidado da forma como aprenderam durante a formação profissional e a qualificação na residência.

Essa circunstância causa estranheza para os egressos, até porque no projeto pedagógico do curso de residência o perfil do residente que se deseja formar é de um enfermeiro reflexivo e crítico e em condições de transformar realidades consideradas obsoletas ou inadequadas para a prestação de um cuidado de qualidade. Assim, todo o curso transcorre na busca desse perfil, entendendo-se que ao final do curso os residentes adquirem tal competência. Porém, essa competência entra em choque com uma organização do trabalho que não permite a crítica, distanciando-se do idealizado e do introjetado no residente, caracterizando-se, mais uma vez, como fonte de sofrimento psíquico.

Identificou-se que mesmo em um contexto de trabalho permeado pelos efeitos negativos do modelo neoliberal, que podem desestimular o trabalhador e que favorecem o desânimo e o embotamento do trabalhador, os egressos referiram que seguem trabalhando com determinação e envolvimento com o bem-estar dos pacientes. Essa conduta caracteriza-se como uma forma de enfretamento de situações hostis aos trabalhadores e à qualidade do trabalho de enfermagem.

> Sei o meu papel como profissional de saúde e o cumpro. O que eu posso fazer dentro da unidade de saúde, eu faço. A acessibilidade aos domicílios é difícil, devido à violência no território e, infelizmente, me faltam recursos para fazer mais, porém sigo sem desistir. (E15)

Essa atitude evidencia um comportamento ético e um compromisso com o objeto de trabalho da profissão, entendendo-se que ela foi forjada, também, no curso de residência por meio de disciplinas que discutem o cuidado humanizado, a ética profissional e através de atitudes observadas nos preceptores e nos docentes em situações da prática profissional.

Como parte do conteúdo teórico, os residentes estão inseridos em disciplinas como Bioética e Tópicos Gerais de Enfermagem, ministradas no primeiro ano de residência, além das disciplinas Fundamentos Teóricos e Práticos do Cuidar I e II, ministradas no primeiro e segundo anos do curso. Essas disciplinas compõem o núcleo comum de disciplinas e reúnem em seus encontros todos os residentes de cada ano do curso. Os assuntos abordados situam-se no campo da ética e do exercício profissional da enfermagem, fomentando a reflexão crítica da realidade do mundo laboral.

Tópicos Avançados de Enfermagem I e II são disciplinas que objetivam aprofundar o conteúdo referente a cada especialidade, correlacionando-o com as disciplinas práticas do programa. Essa associação entre teoria e prática busca aprofundar o conhecimento científico, correlacionando com o contexto do trabalho em saúde e da especialidade.

As disciplinas Prática de Tópicos Avançados de Enfermagem I e II correspondem à disciplina prática desenvolvida ao longo do primeiro e segundo anos, respectivamente, em cada programa de residência, constituindo o exercício prático da especialidade em enfermagem. A carga horária de cada uma dessas disciplinas é de 2175 horas, configurando o perfil de 80% da carga horária do curso, evidenciando, assim, o cumprimento predominante de atividades práticas nos serviços de saúde. Desse modo, essas disciplinas são o contexto nos quais preceptores e docentes inserem discussões acerca do mundo do trabalho e sua interface com a atividade profissional da enfermagem e no campo da saúde. Tais discussões são

realizadas a partir de estratégias pedagógicas como estudos de caso, atividades teórico práticas e simulações, por exemplo.

Os egressos salientaram a necessidade do compromisso com a clientela, buscando a efetividade da assistência. Os participantes não se reportam somente ao cuidado específico de enfermagem, mas à assistência em saúde como um todo.

> Tenho enfrentado cada plantão tentando ser resolutiva para o paciente, brigando, cobrando por uma assistência de qualidade. Penso que se estivessem compromissados, a saúde não estaria nesse caos tão grande. (E3)
> Tento facilitar, ao máximo, o acesso dos clientes. Os agentes [comunitários de saúde] falaram que a conduta na unidade, anteriormente, era agendar o paciente sintomático respiratório para solicitar o exame. Mas, se o paciente está na unidade e está tossindo temos que fazer o pedido de exame e colher naquele momento pois, se formos agendar, ele pode não voltar. Não podemos perder a oportunidade de atendimento. (E15)

No fragmento acima, E15 descreve à equipe de agentes comunitários de saúde a reorientação da conduta para a realização de um dos exames diagnósticos da tuberculose. E, considerando os altos índices de prevalência da tuberculose no Brasil, E15, ao imprimir essa orientação, não está apenas qualificando a assistência ao buscar ofertar um exame diagnóstico prontamente, mas também agindo educativamente com os agentes comunitários de saúde, responsáveis pela capilarização de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças em muitos locais da cidade do Rio de Janeiro, dos quais destacam-se os espaços favelizados.

Além do mais, as duas falas destacadas anteriormente corroboram o envolvimento com o paciente, com seu bem-estar, evidenciando-se uma conduta profissional ética, humanizada e científica, enfrentando as situações adversas de trabalho por meio da referida conduta.

Outras falas vão ao encontro desse posicionamento ético, do envolvimento com o objeto de trabalho da enfermagem e do enfrentamento das condições inadequadas de trabalho por meio do trabalho incansável.

> Apesar da sobrecarga de serviço, tento dar o melhor, na medida do possível, para que o cliente seja bem atendido. (E17)

> Sempre falo com minha equipe que temos que fazer o melhor. Temos que entender o que a instituição espera de nós, saber qual a nossa participação dentro dessa máquina capitalista. Mas, também entender que há um limite de atuação pois, depois desse limite não depende mais do profissional, depende da gestão. (E10)

Nessa perspectiva, salienta-se as falas de E10 e E17 que ressaltam sobre a importância de oferecer o melhor cuidado possível à clientela, envolvendo para isso a disponibilidade pessoal.

E9 relatou, conforme o fragmento abaixo, seu investimento em proporcionar a interação entre uma mãe e seu filho internado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal como uma forma de responder às dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho que limitam a assistência à clientela no sistema de saúde.

> Nesse dia, eu cheguei uma hora e meia mais tarde na minha casa, e no dia seguinte eu teria 24 horas de plantão. Estava muito cansada, mas cheguei feliz porque consegui dar a oportunidade àquela mãe de colocar o filho no colo. A mãe me agradeceu, me abraçou, agradeceu a todos que ajudaram, e meia hora depois a criança morreu. Então, o enfrentamento é enfrentar um sistema que está se deteriorando cada vez mais, é usar a empatia. (E9)

As falas de E10 e E9, ao descreverem a disponibilidade pessoal em investir na assistência e garantir o cuidado de enfermagem, demonstram que suas atitudes e reflexões sobre o trabalho tornam-se, direta e indiretamente, recomendações à equipe acerca da importância do compromisso com a assistência à clientela, considerando a posição ocupada pelos enfermeiros como líderes de equipe. Essa prática reconhece também a necessidade e o valor do trabalho de equipe como um componente para o sucesso da assistência à saúde.

A mobilização da equipe de trabalho para o compromisso com a assistência e para o trabalho conjunto torna-se um desafio à ética individualista e à competitividade, propostas pelo o ideário neoliberal. Em um contexto social marcado pelo desemprego e pela exclusão, o estímulo ao individualismo busca mascarar as contradições do sistema de produção capitalista, acirrando a competição e expropriando a subjetividade dos trabalhadores durante o ato de produção (SANTOS, 2012).

E23 reforçou as falas de E8 e E9, ao descrever a importância de conhecer o processo de trabalho a fundo, respaldando-se para a condução do trabalho.

> Penso que o enfermeiro que não se insere no dia a dia do trabalho, não consegue respeito e não consegue liderar a equipe. Sempre estive na assistência com a equipe para compreender o processo de trabalho, para dar orientações coerentes, procurando entender cada vez melhor a realidade do trabalho. (E23)

Essa fala ressalta, portanto, que o compromisso do enfermeiro com a assistência está além da assistência prestada por ele individualmente, mas exige também o empenho em

liderar a equipe de enfermagem com propriedade de conhecimento sobre o trabalho em seus limites, dificuldades e possibilidades.

O exercício da liderança do enfermeiro é um componente fundamental na gerência do cuidado. Logo, a liderança deve fortalecer a coordenação e a articulação das ações relacionadas à assistência em saúde e ao cuidado de enfermagem, assim como dos profissionais que a desenvolvem. Liderar demanda atitude de participação efetiva com a equipe e a tomada de decisões, valorizando o trabalho em equipe (TOMEY, 2009; BACKES et al., 2009; SANTOS et al., 2013).

Os egressos salientam também a importância de reconhecer as diferentes aptidões dos profissionais sob sua liderança como possibilidade de potencializar o trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem. Essa atitude, além de valorizar talentos pessoais presentes entre os trabalhadores, enriquece o cuidado de enfermagem desenvolvido pela equipe, considerando a perspectiva do compromisso com a assistência de enfermagem de qualidade à clientela. De acordo com Rodger (2004) e Mafrica et al. (2002), a articulação entre liderança e comunicação com a equipe possibilita ao enfermeiro atuar produtivamente, fortalecendo habilidades e conhecimentos no exercício da enfermagem.

> Como enfermeira, percebo com quem posso contar, pela forma como a pessoa [referindo-se aos componentes da equipe de enfermagem] se mostra no dia a dia. Vou reconhecendo os talentos e, quando necessário, sei a quem buscar. Sei, por exemplo, que uma pessoa é melhor para lidar com família e a outra com burocracia. (E7)

E8, gestor de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), demonstrou seu compromisso com a clientela ao descrever a assistência em saúde mental como um recurso para fortalecer a autonomia do sujeito que tem doença mental, cidadãos historicamente marginalizados na sociedade.

> Na área de saúde mental atuo a partir da ‘Clínica do Possível’, ou seja, o que é possível fazer diante do contexto do sujeito? E penso que é possível fazer muita coisa. O cuidado precisa ir além dos protocolos e ajudar a enxergar a vida de outro jeito. Então, o desafio é torná-los [referindo-se aos pacientes psiquiátricos] atores de seus próprios processos. (E8)

Os CAPS são unidades municipais de saúde que oferecem assistência especializada para o tratamento e a reinserção social de indivíduos com transtorno mental grave e persistente, a partir de atendimento multidisciplinar.

A promoção da autonomia e da reinserção social do sujeito é um pilar da assistência em saúde mental (SOUZA et al., 2012; ALVES; OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2013). Desse modo, a busca por possibilidades de cuidado que garantam a autonomia do sujeito, defendida por E8, expressa o compromisso com a assistência a essa clientela.

Outros egressos revelaram como uma estratégia de enfrentamento a adaptação e a improvisação de materiais. Percebeu-se, assim, que diante da falta de condições adequadas para o atendimento à saúde da população, as egressas expressam seu compromisso com a assistência em saúde, buscando garanti-la ao improvisar materiais necessários ao cuidado dos indivíduos sob sua responsabilidade. O processo de desmonte do SUS que vem sendo desenvolvido desde os anos noventa, impulsionado pela lógica neoliberal, tem como ferramentas a privatização e o sucateamento das unidades de saúde do sistema (SANTOS, 2017).

> Os recursos são escassos, e é uma realidade em que você se dá conta que em alguns momentos você precisa improvisar na sua assistência para garantir o cuidado a clientela. (E2)

> Às vezes, a falta de insumos ajuda a enfrentar o mundo do trabalho porque faz com que o profissional aprenda a trabalhar com os materiais que tem, infelizmente. Eu vim de duas instituições públicas onde cursei a faculdade e a residência. Todos os profissionais deveriam ter direito de trabalhar com os materiais que necessitam, mas também têm que saber agir na falta de material. (E9)

Observou-se que os elementos elencados pelos egressos como capazes de fortalecer a assistência, o cuidado de enfermagem e a sua organização e planejamento demonstraram o compromisso com a clientela e o desejo de garantir a assistência à população.

Os egressos têm em perspectiva valorizar a postura ética em suas atividades de trabalho. Além disso, expressaram também o cunho político de suas atitudes profissionais no contexto da assistência em saúde e do cuidado de enfermagem.

A ética profissional busca promover a reflexão crítica sobre a atividade de trabalho a fim de dar segurança à sociedade no que se refere ao exercício profissional (TRAUTMAN, 2002). Nesse sentido, Rosenstock et al. (2011) afirma que no exercício da enfermagem são indispensáveis atitudes como (i) o diálogo entre chefia e equipes, na busca por medidas que previnam conflitos e prevejam mudanças; (ii) o maior envolvimento da enfermagem no desenvolvimento de políticas organizacionais que prezem as dimensões humana e social; (iii) a inserção em comitês de ética institucionais; a realização de atividades de educação permanente; e (iv) a discussão de situações do cotidiano do trabalho, tendo como referência o Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem.

> Uma outra estratégia é tentar ser ético no contato com o paciente e com os outros profissionais. Penso que isso também é uma boa diretriz na hora de enfrentar as adversidades. (E13)

Nesse sentido, inferiu-se que a sinalização de E13 diz respeito a buscar na ética parâmetros para a condução de situações adversas que emergem no contexto de trabalho, necessitando serem manejadas a partir de posicionamentos e atitudes dos profissionais.

E8 descreveu anteriormente sua compreensão sobre as estratégias de desmonte do SUS e a necessidade de o gestor do serviço de saúde implicar-se na defesa da assistência aos usuários desse sistema na área da saúde mental. A assistência em saúde mental no SUS tem sido pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica cujo modelo assistencial é o psicossocial. Esse modelo preconiza o conceito ampliado na abordagem da doença mental, a partir do qual o indivíduo deve ser compreendido em sua subjetividade, sem desconsiderar seu contexto social, valorizando-o como cidadão com direitos e deveres diante da sociedade, em detrimento do modelo que restringe a perspectiva do cuidado clínico, ao rotular a loucura como patologia que deve ser tratada e controlada (FERREIRA, 2016).

Assim, a abordagem assistencial a partir do modelo psicossocial, defendido por E8, está ancorada em um posicionamento político visando assistir o indivíduo a partir de seu contexto social.

> No espaço micro, atendemos cada caso. Cuidamos da pessoa, na condição em que ela está. Alguns em situação de rua, outros ainda fazendo uso de drogas, e outros ainda sendo agredidos. (E8)

Nesse contexto, identificou-se uma contradição, considerando que o modelo psicossocial de atenção se contrapõe à perspectiva de individualismo e de competitividade que o modelo neoliberal propõe à sociedade moderna, buscando desenvolver a proposta de emancipação do indivíduo prevista no SUS. Essa constatação evidencia não apenas contradição entre os modelos, como também a clareza de E8 ao expressar seu ponto de vista como gestor sobre sua defesa em favor da Reforma Psiquiátrica e do SUS.

> Quando acho que a assistência não vai bem, eu marco reunião com o serviço social, com o hospital, com os abrigos. Às vezes, estou lá na porta da secretaria dizendo o quanto está difícil o atendimento sem o salário dos profissionais, por exemplo. Percebo que no contexto de desmonte do SUS, há muitos questionamentos sobre a eficácia de unidades de saúde mental como o CAPS, e a Estratégia de Saúde da Família e, se a gestão for frágil, no sentido de não compreender a proposta clínica e as estratégias de desmonte, o trabalho está em risco. (E8)

Destacou-se, ainda, a relevância de o gestor compreender a proposta política e ideológica da assistência a ser prestada a fim de defender, viabilizar e desenvolver o projeto assistencial de forma coerente. Desse modo, E8 descreveu seu posicionamento como gestor de um CAPS, na medida em que a proposta do serviço visa reorientar o modelo assistencial anterior, desenvolvendo um modelo de cuidado para organizar a rede assistencial, e articular as condições para a reinserção da pessoa com transtorno mental na sociedade (ROSA; CAMPOS, 2013).

> Um outro investimento é no profissional. Se o profissional que está no atendimento não entende a proposta, também não compreende a importância do serviço. O CAPS está desde 2014 sem fazer internação de usuário de drogas no hospital psiquiátrico. Política e ideologicamente, isso é sensacional, porque um CAPS que não interna o usuário, que sustenta a crise no próprio CAPS, mostra que é possível cuidar das pessoas sem hospital psiquiátrico, algo muito agressor para a vida desses usuários. E para isso, precisamos ter profissionais muito afinados com essa proposta política e clínica. (E8)

Enfatiza-se, assim, a importância de o profissional ter consciência da proposta assistencial na qual está inserido, ao exercer sua atividade profissional. É, portanto, fundamental a visão crítica do trabalhador sobre as práticas em saúde e dos profissionais em atuação no sistema de saúde.

Desse modo, observa-se como uma contradição a contraposição entre a formação de profissionais em uma perspectiva emancipatória, estimulando a criticidade e a capacidade de reflexão, bem como a proposta do ideário neoliberal, que a partir da flexibilização da organização do trabalho busca profissionais polivalentes que sustentem as transformações do mundo do trabalho, garantindo, assim, a visão neoliberal (GADOTTI, 2017).

Os participantes ressaltaram também que desenvolver a assistência de enfermagem exige desvencilhar-se da sobrecarga de trabalho advinda do chamado velado em assumir as funções de outros profissionais, recolocando a função da equipe cotidianamente e sistematicamente para a organização do trabalho. Além disso, no que se refere às atividades da enfermagem, é preciso discernir entre as ações que devem ser centradas no enfermeiro, compartilhando-as entre os pares, e aquelas que podem ser delegadas à sua equipe.

> Trabalhei um hospital pediátrico com foco em oncologia, que não tinha assistente social, nem psicólogo. Então, questionei muitas vezes com a gerência, falei com o diretor executivo da rede. Além de tudo, isto sobrecarregava muito a equipe de enfermagem, porque eles tinham que ser ‘psicólogos’, principalmente porque a criança com câncer fica muito tempo internada. (E16)

> [Na organização da assistência], para lidar com a sobrecarga de trabalho, eu tento focar no que é mais importante. Tenho as demandas de parto, e intercorrências, por exemplo, de uma mulher que tem um quadro mais grave de pressão alta. Delego algumas funções para os técnicos de enfermagem, e tento dividir as atividades do enfermeiro com as residentes de enfermagem. (E22)

A gerência do cuidado de enfermagem implica em apresentar à equipe multiprofissional, aos gestores da instituição de saúde e aos clientes um perfil de qualidade da assistência de enfermagem, no sentido de garantir o espaço do enfermeiro e da enfermagem, bem como sua valorização no contexto da assistência em saúde (SANTOS et al., 2013).

Ademais, é preciso atenção para a disputa de poder entre profissionais de saúde no decurso da assistência, considerando que posicionar-se significa a defesa de sua atuação profissional e do cuidado de enfermagem, conforme depoimento de E22.

> Com relação à disputa de poder, eu tento me impor na medida do possível pois, no hospital em que eu trabalho, o poderio médico é muito grande ainda. Mas eu falo, eu reclamo quando eu acho que é pertinente. (E22)

De acordo com Pires (2009), o trabalho coletivo institucional é diretamente influenciado pelas políticas de saúde, pela história, pelas características e opções institucionais, pelas legislações das profissões e pela organização do trabalho coletivo. Nesse sentido, a assistência em saúde sofre diferenciadas e importantes influências, a serem manejadas no cotidiano do trabalho. Como no caso da medicina, uma profissão milenarmente instituída no contexto da saúde e, portanto, com forte história de domínio do processo de trabalho. Outrossim, representa o universo masculino das profissões da saúde e a enfermagem, no caso, é uma profissão eminentemente feminina, considerando então, que a sociedade é antropocêntrica, há de se esperar essa luta de poder e demarcação de espaços profissionais privilegiados (COSTA; MARTINS, 2011; QUITETE; VARGENS; PROGIANTI, 2010).

Os egressos destacam também a importância da interface com os componentes da equipe de enfermagem e com a clientela atendida nos serviços de saúde como modo relevante de enfrentamento de adversidades no contexto de trabalho.

De acordo com Kessler e Krug (2012), a falta de diálogo e de decisões conjuntas e compartilhadas aparece como fragilidades que necessitam ser atenuadas para a melhoria do relacionamento interpessoal e da organização do trabalho nas unidades de saúde. Nesse contexto, os egressos ressaltam que o diálogo promove a solução de situações difíceis enfrentadas no cotidiano do trabalho, além de fortalecer a equipe de enfermagem nas

particularidades do seu processo de trabalho. Além disso, de acordo com a análise do conteúdo das entrevistas, o compartilhamento de situações conflituosas e difíceis com outras enfermeiras e com técnicos de enfermagem configura-se como mais do que o compartilhamento de situações, mas também como uma forma de gerenciamento do trabalho da enfermagem.

> Eu compartilho muito com as outras enfermeiras, porque sozinha é mais difícil. Tenho muito medo de ser injusta, então eu tento compartilhar para ter outras visões e tentar resolver problemas. Com os técnicos, penso que me dão um bom subsídio, pois eles têm a visão da prática, mais fidedigna à realidade. Penso que o caminho é compartilhar mesmo. (E13)

> Conversar com a equipe é importante, porque ficávamos muito desmotivados. E isso vai influenciando no cuidado. Fazíamos o cuidado da melhor forma possível e adaptávamos o que fosse necessário [referindo-se aos materiais em falta]. (E16)

Segundo Goulart, Coelho e Chaves (2014), a organização do processo de trabalho configura o cotidiano dos serviços, além de influenciar o envolvimento e o compromisso dos trabalhadores. Os autores destacam que há uma tendência das enfermeiras à democratização e à valorização do trabalho em equipe, o que contribui para a corresponsabilização dos profissionais envolvidos no trabalho, e não apenas na execução de ações. Desse modo, o fomento ao diálogo se estabelece como uma tática do gerenciamento do trabalho da enfermagem, configurando-se como uma estratégia de enfrentamento de adversidades em articulação com a equipe de trabalho.

No fragmento abaixo, E8 ratificou suas falas anteriores sobre a necessidade de os usuários ocuparem espaços sociais. Ademais, ao promover compartilhamento das dificuldades entre a gerência, os trabalhadores e os cidadãos usuários do serviço, E8 possibilitou significativa resposta à lógica de desagregação do coletivo imposta pelo ideário neoliberal, na medida em que o grupo refletiu coletivamente sobre a problemática que os envolvia (CAMPOS; VIANA; SOARES, 2015).

> O enfrentamento vem a partir do encontro com o outro. Na unidade temos a assembleia geral, que é o espaço do coletivo. Por exemplo, na situação dos profissionais com salários atrasados e greves, envolvemos os usuários e falamos que queríamos continuar atendendo, e que queríamos que pensássemos juntos. Então, os usuários fizeram uma carta e se organizaram entre eles para ocupar espaços, como o conselho distrital de saúde, assembleias, foram para a rua, e isso é também torná-los visíveis. O trabalho só existe pela população, e se a população não consegue ver a importância do serviço, não há trabalho na verdade. (E8)

Em um estudo (KANNO; BELLODI; TESS, 2012) acerca do enfrentamento de dificuldades na prática cotidiana das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), os profissionais entrevistados revelaram que as reuniões de equipe são valiosas no cotidiano de trabalho dos profissionais, visto que são momentos de encontro e de troca entre a equipe, e contribuem para ampliar a compreensão e o manejo adequado das demandas assistenciais.

Na fala de E12, a motivação da equipe de enfermagem surge como uma forma de articular-se com o grupo no trabalho. Desse modo, a motivação da equipe pode configurar-se como uma estratégia de enfrentamento que potencializa o coletivo da equipe de enfermagem, promovendo a busca de alternativas e a transformação do contexto laboral, como ressaltam Kanno, Bellodi e Tess (2012) a respeito das reuniões de equipe.

> Tento motivar a equipe para o trabalho, mesmo naquelas condições em que a equipe fica bem exausta e por mais que seja muito difícil. Primeiro me motivar, e depois a equipe. (E12)

Para Herzberg, Mausner e Snyderman (2011), os elementos motivacionais são os que se referem à autonomia de buscar modelos próprios de alcançar os resultados de uma tarefa, envolvendo sentimentos de crescimento individual e de reconhecimento profissional, além de oferecerem desafios para o trabalhador.

Com relação ao enfrentamento das adversidades do mundo do trabalho em saúde, observou-se significativa e valiosa implicação dos egressos na busca da garantia da assistência à população por meio de diversas estratégias, desde a motivação da equipe até a adaptação e improvisação de materiais. Entretanto, é um contrassenso que a maioria dos egressos tenha declarado seu investimento em motivar a equipe para suportar as situações adversas e desenvolver um trabalho de qualidade, sem incentivá-la a buscar meios de transformação da realidade.

Destaca-se, ainda, que as adversidades enfrentadas, conforme descrito neste estudo, implicam em danos ao atendimento em saúde, bem como à saúde dos trabalhadores. Assim sendo, uma outra contradição foi a não descrição sobre buscar o cuidado de sua saúde, pela maioria dos entrevistados, ou o incentivo da equipe para tal como uma das estratégias de enfrentamento da situação.

O processo educativo é destacado pelos egressos como forma de capacitação para o trabalho e de obter melhores recursos no enfrentamento de adversidades. Dessa forma, em resposta ao questionário deste estudo, a respeito de oportunidades de capacitação profissional no contexto do trabalho, 39 (43,33%) egressos registram serem poucas tais oportunidades e

10 (14,44%) declaram não haver possibilidade para capacitação. Para 29 (32,22%), esses ensejos são satisfatórios.

No depoimento de E17 identificou-se a valorização do curso de residência como fator contributivo para o bom desempenho profissional do enfermeiro.

> Vejo a residência como um ponto importantíssimo. Penso que todos deveríamos fazer pois, eu devo boa parte da minha capacitação para o trabalho à residência. Julgo que fui bem capacitada. (E17)

E2 argumenta sobre o processo educativo como elemento necessário à continuidade da formação, incentivando futuros enfermeiros diante de comentários que retratam os reflexos do ideário neoliberal na área da saúde. Entretanto, o incentivo à busca do conhecimento não foi acompanhado pela problematização da realidade do mundo do trabalho.

> Em sala de aula, quando os alunos dizem que a enfermagem não tem futuro, que o salário não é bom, e que nosso estado está em decadência, eu tento trazer o lado positivo, incentivo a não desistirem e sempre buscarem conhecimento pois, se não buscarem ser os melhores não, vão conseguir enfrentar as dificuldades que estão por vir. Somente através do conhecimento, do ensino. (E2)

O processo de ensino-aprendizagem, conforme exposto pelos egressos E17 e E2, assemelha-se ao conceito de educação continuada descrito por Cunha e Mauro (2010) como sendo um conjunto de atividades educativas que visam atualizar o indivíduo para o seu desenvolvimento profissional e participação eficaz no cotidiano da instituição laboral. Ressalta-se que o processo educativo precisa não apenas atualizar o conhecimento técnico-científico dos enfermeiros, mas fomentar e acentuar a capacidade de reflexão e a criticidade diante do cotidiano do trabalho marcado pelos efeitos do modelo neoliberal que traz danos à assistência em saúde da população e aos trabalhadores no exercício de sua função e à sua saúde, bem como estimular a busca da transformação da realidade.

Os egressos também declararam que recorrem às experiências de seu processo de formação na residência de enfermagem ao longo de seu cotidiano de trabalho a fim de compartilhar situações vivenciadas, exemplificar sobre limites e possibilidades da prática assistencial, bem como subsidiar seu bom desenvolvimento.

> Quando estou com os meus alunos, sempre me reporto à uma vivência da residência. Eu sempre encaixo exemplos, eu conto meus acertos e minhas derrotas em sala de aula. (E1)

> A experiência com algumas patologias, com alguns cuidados na residência é muito importante para a prática profissional. Muitas vezes, chega um caso mais complexo e a equipe não tem a experiência, como por exemplo, uma doença hematológica com a qual eu já tinha tido contato. Eu conversava com a equipe para delinear melhor o cuidado e conseguíamos lidar melhor com o caso, o que gera mais segurança para a equipe. Eu recomendo a todos os recém-formados sempre a residência. (E12)

Pesquisa desenvolvida por Beck et al. (2010) identificou que o aperfeiçoamento profissional foi apontado com enriquecedor da prática assistencial, contribuindo para a qualidade do atendimento nos serviços de saúde. Desse modo, os egressos destacaram que a experiência na residência lhes permitiu ampliar e aprofundar o conhecimento sobre a prática em saúde, não apenas no que se refere ao conhecimento técnico-científico, mas também no manejo de situações próprias do cotidiano do trabalho.

Os egressos ressaltaram que o preceptor é observado nos detalhes de sua conduta profissional, ao realizar o cuidado, as ações gerenciais e a condução da equipe de enfermagem. Revelaram também que buscam relembrar os episódios vivenciados com os preceptores do curso de residência como recursos na construção de sua prática laboral.

De acordo com Botti (2012), o preceptor é o profissional que integra os componentes da formação em saúde articulando a prática profissional e conhecimento científico. Nesse sentido, é necessário que domine a prática da assistência e as particularidades pedagógicas relacionadas a ela, considerando o cenário profissional como um ambiente educacional.

> O residente tem exemplos de gestão, de chefias, de práticas de enfermeiros durante o curso. Assim, tem-se uma visão sobre o que quer ser como profissional. Hoje, vejo na minha prática características dos meus preceptores. Muito do meu processo organizacional provém do que eu aprendi na residência. E eu tenho orgulho de falar para os alunos dos quais sou preceptor, que o que eu transmito recebi na residência. Sou muito grato, porque percebo que se eu não tivesse aquela experiência, poderia ter chegado ao meu patamar, mas com muita dificuldade. (E10)

E9 ressaltou não apenas o aprendizado técnico-científico, mas também a transformação pessoal no exercício da prática profissional com a preceptoria durante o curso.

> A residência me ensinou a ser uma pessoa melhor porque eu trabalhei com profissionais maravilhosos, e cada um plantou coisas diferentes em mim. Então, toda vez que eu passava por uma situação difícil, eu recorria à lembrança do que me ensinaram. Cabe ao residente querer ‘ser preenchido’. (E9)

Assim sendo, o preceptor tem o desafio de guiar o residente no exercício da prática assistencial e também de estimular o seu desenvolvimento como ser humano, conforme apontam Botti e Rego (2011).

Considerando as falas de E10 e E9, observou-se que os preceptores têm papel privilegiado no estímulo ao desenvolvimento da consciência crítica, ao gerarem conflitos cognitivos para o amadurecimento da competência moral de residentes e ao buscarem nas situações cotidianas oportunidades de observar e discutir comportamentos e atitudes com o residente.

As posições dos preceptores e docentes têm, portanto, a possibilidade de estimular a visão ampliada acerca do contexto do trabalho em saúde, possibilitando aos enfermeiros residentes maior preparo para o enfrentamento das adversidades do mundo do trabalho. Diante das falas dos egressos, identificou-se a valorização do processo educativo como uma ferramenta que potencializa a capacidade desse enfrentamento.

O cotidiano laboral em saúde é influenciado por diversos fatores, conforme descrito por Pedrosa, Corrêa e Mandú (2011) e por Beck et al. (2010), e também, como abordado anteriormente neste estudo, podem exibir problemas de difícil solução, dificultando o desenvolvimento do trabalho. Diante disso, os egressos apresentaram recursos utilizados para executar o trabalho na tentativa de manejar as dificuldades e garantir a contribuição da equipe de enfermagem à assistência em saúde.

No que concerne à aplicação do método dialético, observa-se de um modo geral nesta categoria evidências relacionadas com a primeira e segunda leis da dialética: as leis da passagem da quantidade à qualidade e da unidade e luta entre os contrários (TRIVIÑOS, 2011).

Identifica-se na fala dos egressos que são várias as formas adotadas para o enfrentamento das adversidades do mundo do trabalho, a partir das quais buscam garantir o engajamento com a qualidade no trabalho. Desse modo, compreende-se as ações compromissadas com as necessidades da clientela, a busca de posicionamentos profissionais que primam pela ética e o desenvolvimento da interação com a equipe de trabalho e usuários dos serviços de saúde como elementos qualitativos que ensejam a criação do novo. Os egressos referem também que o processo educativo não apenas colabora na busca da qualidade da assistência, mas também no enfrentamento das adversidades do contexto laboral. Assim, de acordo com a lei da passagem da quantidade à qualidade, infere-se que as graduais e diferentes mudanças possibilitam a modificação qualitativa de situações.

Contudo, observa-se como expressão da lei da luta entre os contrários (TRIVIÑOS, 2011) o fato de que os vários elementos de investimento na assistência em saúde e na profissão, conforme descrito pelos egressos, têm como coadjuvante no contexto laboral fatores limitantes para o enfrentamento das adversidades, sobre os quais falta a

governabilidade dos profissionais para o seu manejo, como a sobrecarga de trabalho e o desemprego (ANTUNES, 2005). Assim sendo, compõe-se a realidade do mundo do trabalho em saúde e enfermagem como um conjunto de elementos que não podem ser analisados isoladamente, mas como partes que compõem um todo (TRIVIÑOS, 2011).

3.3.5 5ª Categoria: Curso de residência para além do mundo do trabalho: uma contribuição de caráter pessoal

Nesta categoria serão analisados elementos que expressam a visão dos egressos acerca das contribuições do curso de residência para a vivência no mundo do trabalho, porém com uma perspectiva muito mais ampla e profunda, isto é, o curso construiu conhecimentos e habilidades para uma experiência pessoal mais reflexiva e crítica acerca da vivência em sociedade.

Salienta-se que, devido à densidade do conteúdo das entrevistas e por sua riqueza, considerou-se relevante apresentar e discutir tal conteúdo por meio de duas subcategorias: (i) Aquisição de conhecimento, desenvolvimento de habilidades e formação de atitudes e (ii) Curso de residência como importante modalidade de aprendizagem de enfermeiros.

3.3.5.1 1ª Subcategoria: Aquisição de conhecimento, desenvolvimento de habilidade e formação de atitudes

Os egressos apontaram em suas falas que o curso de residência ofereceu importantes contribuições para o seu desenvolvimento profissional nas diferentes vertentes de trabalho do enfermeiro. Foram elencados elementos como o aprimoramento de habilidades técnicas, o aumento do conhecimento e a capacidade de tomar atitudes e condutas diante de situações problemáticas do cotidiano laboral.

> A residência tem carga horária para teoria, prática, pesquisa e para mim foi muito bom. Oferece experiência na prática assistencial e para lidar com os conflitos que aparecerem do dia a dia do trabalho, assim, o curso te prepara para o mercado de trabalho. (E5)

> A residência em saúde do trabalhador me proporcionou uma visão ampla, do todo. A experiência da assistência, da liderança, da solução de problemas, a visão do contexto geral até mesmo do mundo do trabalho. (E19)

> O meu programa de residência não era focado somente na assistência, tínhamos a gerência e administração envolvidas nas atividades. Então, se eu entrasse no mercado de trabalho sem essa experiência, eu teria que aprender de qualquer forma, mas eu não aprendi de qualquer forma. Eu recebi ferramentas básicas para ser uma boa gerente, para lidar com a administração. (E7)

Os relatos destacados anteriormente revelam que os egressos valorizam o aprendizado adquirido no curso, apesar de que, durante o desenvolvimento do mesmo, muitos residentes apresentam queixas de insatisfação. Inclusive, nas avaliações periódicas no transcorrer do curso, esses enfermeiros manifestam-se sobre uma carga horária muito elevada, conteúdos teóricos insatisfatórios, relação entre preceptoria e residentes ruim, entre outras queixas. No entanto, ao se inserirem no mercado do trabalho, reconhecem a importante experiência e formação que adquiriram no curso, o que vem ao encontro de outras pesquisas, que também captaram essa transformação de percepção dos enfermeiros sobre a importância do curso no seu desenvolvimento profissional (ZANONI et al., 2013; CARBOGIM et al., 2010).

Por meio do referencial teórico-metodológico deste estudo, considera-se que essa transformação se insere nas Leis da Dialética, especificamente a lei da passagem da quantidade para a qualidade, ou seja, por meio de sucessivos eventos, alterações quantitativas, que redefinem um objeto ou uma situação, a qual passa a expressar alterações qualitativas, isto é, modificações radicais na sua essência (PERNA; NOLASCO, 2018).

Os egressos atualmente descrevem avanços técnico-científicos na condução do processo de trabalho; na interface com a equipe de enfermagem e multiprofissional, e com usuários dos serviços de saúde; na conquista do espaço profissional; além do manejo de variadas adversidades no mundo do trabalho. Tais avanços retratam o desenvolvimento profissional e pessoal possibilitado ou favorecido pelo curso de residência, evidenciando-se, assim, o processo de mudança pelo qual passaram esses enfermeiros.

Os egressos narram, portanto, em seus depoimentos a transformação qualitativa em sua prática profissional, atribuindo ao curso de residência uma experiência gradativa e intensa, o avanço diante de inseguranças na liderança da equipe de enfermagem, a hesitação ao fazer questionamentos a profissionais de outras categorias e mais experientes, a dúvida na tomada de decisões e a busca constante de referências profissionais para construção de sua identidade profissional. Ademais, atribuem ao curso de residência a possibilidade de

amadurecer sua identidade profissional, diante da oportunidade de sucessivas e variadas atividades, como também da supervisão de preceptores e docentes.

Assim, a experiência dos residentes em seu processo de transformação ilustra a aplicabilidade da Lei da Dialética que postula a passagem da quantidade para a qualidade.

Verificou-se também que os egressos reconhecem na própria prática profissional e na de outros profissionais que também cursaram a residência que o curso é um diferencial de formação, o qual prepara para atuação profissional com excelência e desenvoltura.

> Eu me senti mais capacitada como enfermeira quando saí da residência, e percebo que os outros profissionais que também fazem residência também saem mais capacitados e preparados para vida do trabalho. Não apenas com conhecimento técnico-científico, mas no que se refere a relacionamento também. Penso que foi fundamental fazer residência. (E17)

Desse modo, percebe-se que o curso é fundamental para complementar e solidificar a formação de enfermeiros, uma vez que ele propõe uma imersão profunda nos cenários da prática de enfermagem, estimulando e favorecendo a reflexão crítica, desconstruindo o "tarefismo" de fazer por fazer, que tanto se verifica na profissão. Assim sendo, a carga horária teórica do curso e o convívio estreito com enfermeiros, preceptores e docentes, com experiência profissional rica e diferenciada, são fundamentais para tal construção do perfil profissional no residente.

Um curso de residência, portanto, tem como objetivo desenvolver competências técnico-científica e ética no contexto de trabalho dos serviços de saúde (BRASIL, 2014). Assim sendo, constata-se que, por meio da percepção dos egressos, esse curso vem atingindo seus objetivos e missão.

As DCN para a Enfermagem orientam a formação de profissionais reflexivos e críticos acerca da realidade, não se limitando a um ensino tecnicista. Direcionam a formação de enfermeiros para uma aprendizagem significativa, transformadora da realidade e adequada às demandas sociais e profissionais que se apresentam (FERNANDES et al., 2005). Nessa perspectiva do ensino transformador, os egressos da residência apontam que as contribuições da residência transcenderam o conhecimento técnico-científico e o aprimoramento de habilidades, conforme se verifica nos depoimentos a seguir:

> Quando saímos da faculdade, temos pouca noção do que é trabalhar com pessoas e com outras categorias profissionais. A residência é um preparatório para isso, porque por mais que você seja enfermeira, há outras pessoas para te apoiarem na construção de suas condutas. É um momento de treinamento, e quando você vai para o mundo do trabalho, sem ter nem noção do que esperar da população que você vai atender, dos outros profissionais, do que eles esperam de você, do que deve

> apresentar, é muito mais difícil. E a residência me deu tranquilidade para atuar no meu trabalho com segurança e desenvoltura. (E17)

> A residência me ajudou muito no relacionamento com a equipe multiprofissional. E, por ser um hospital universitário, era necessário interagir com várias especialidades. Tínhamos um *round* consolidado, o que eu ainda não consegui identificar em outras instituições que trabalhei. Na residência era muito natural, e lá fora é difícil implementar esse diálogo sobre o paciente com outras categorias profissionais, mas a residência provou que isso é possível e que é muito interessante rico. (E6)

Constata-se por meio das falas dos egressos que a residência promove muito mais que habilidades técnicas, ela vai além, uma vez que possibilita o desenvolvimento de competências gerenciais, relacionais, científicas para, assim, promover um julgamento e tomadas de decisão certas para a clientela e equipe sob seus cuidados e supervisão.

De fato, um curso de residência deve promover no enfermeiro residente o desenvolvimento e a especialização técnico-científica, de acordo com o contexto econômico e social; a disponibilidade em participar e promover atividades de educação permanente e capacitação para gerência do cuidado, interesse e capacidade para a pesquisa; e a habilidade para o relacionamento interpessoal. Nessa perspectiva, entende-se que os egressos percebem a aquisição de tais habilidades e competências (BARBEIRO; MIRANDA; SOUZA, 2010).

Outro elemento de análise muito interessante que surgiu nas falas dos egressos é sobre a importância do trabalho em equipe e como o curso de residência incentivou e possibilitou a habilidade de trabalhar em conjunto para promover uma assistência de qualidade e resolutiva para os pacientes.

> Na residência, aprendemos a trabalhar em equipe e respeitar o espaço do outro, aprendemos com o outro, aprendemos a saber qual o melhor momento para fazer algo. E eu uso tudo isso no meu dia a dia com os pacientes, com os funcionários, com meus superiores. (E15)

> Na residência havia uma equipe de preceptores e professores diferenciada que me ensinou a trabalhar de forma multidisciplinar. Trocávamos conhecimento, nos complementávamos em nossa atuação profissional. Depois que eu me inseri em outras instituições, trabalhei em CAPS, em comunidades, eu vi a diferença da minha formação e a de outros enfermeiros que fizeram a formação numa residência multiprofissional. Na minha residência eu aprendi a ser a enfermeira da saúde mental (E20).

Quanto ao trabalho em equipe, enfatiza-se que a enfermagem se desenvolve em um trabalho coletivo, realizado em associação com trabalhos executados por diferentes profissionais da equipe multiprofissional (FELLI; PEDUZZI, 2010).

Em um estudo acerca da satisfação profissional, identificou-se no trabalho em equipe a possibilidade de aprazimento profissional, em detrimento de experiências laborais marcadas

pelo individualismo e competitividade, que geram insatisfação ao profissional devido a relações impessoais, fragmentação de tarefas, além da centralização das decisões (MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011). Nesse sentido, a proposta do trabalho em equipe no curso de residência buscou oferecer a possibilidade da prática de decisões compartilhadas, da troca de experiências entre os profissionais, bem como favorecer a comunicação e o respeito às individualidades e à hierarquia institucional.

Dessa forma, é fundamental não apenas a compreensão expressa pelos egressos sobre o valor do trabalho conjunto, mas também a experiência e a disponibilidade para a interação de saberes e práticas em prol da realização de um trabalho de qualidade.

Destacada por E20, a empatia é compreendida por Kestenberg (2013) como uma habilidade de interação social e se constitui em um fenômeno multidimensional que engloba componentes cognitivos, afetivos e comportamentais, revelando-se na capacidade de compreender os pensamentos e sentimentos do outro, configurando-se como uma competência fundamental na assistência em saúde.

Nesse sentido, o estímulo para o desenvolvimento da empatia no curso de residência visa promover essa competência por meio do estímulo à interação com o cliente e sua família, da discussão de casos, da reflexão sobre e em situações de conflito nos cenários de prática. As disciplinas teóricas como Fundamentos Teóricos e Práticos do Cuidar I e II, Tópicos Avançados de Enfermagem I e II, também cumprem o papel de estimular a reflexão acerca da relevância da empatia na assistência em saúde, além de capacitar para o seu desenvolvimento. Cada uma dessas disciplinas é ministrada no primeiro e segundo anos da residência, ou seja, o aspecto da abordagem à clientela é desenvolvido ao longo de todo o curso. Ressalta-se que as disciplinas Tópicos Avançados de Enfermagem I e II, ministradas no primeiro e segundo anos do curso, respectivamente, aludem estritamente ao campo de saber de cada programa de residência.

Analisando ainda a fala de E20, captou-se a contraposição entre os modelos de residência, no que se refere às propostas uni e multiprofissional. Assim, cabe esclarecer que as propostas se diferenciam quanto à formação dos profissionais a partir da abordagem dos conteúdos específicos da profissão – residências uniprofissionais. Nas residências de caráter multiprofissional, o curso se desenvolve no conjunto de uma equipe com, pelo menos, três profissões diferentes, por isso intitulada multiprofissional (BRASIL, 2006).

Entretanto, o que de fato as diferencia é investimento maciço na abordagem multiprofissional pelos residentes no decurso do curso multiprofissional, embora os residentes

tenham algum enfoque sobre suas profissões por meio da atividade de supervisão de preceptores (BRASIL, 2006).

A visão de E20 destaca o maior ganho para o profissional em formação a partir da residência uniprofissional, na medida em que esta se propõe a aprofundar conhecimentos na perspectiva da profissão, no caso a de enfermagem, aprimorando, assim, o exercício da enfermagem e subsidiando o ingresso no mundo do trabalho.

Diante dessa contraposição entre as propostas diferenciadas de curso de residência, obtém-se uma contradição entre a proposta dos cursos uni e multiprofissional. Considerando que o grupo de residentes é essencialmente composto por recém-graduados no curso de enfermagem, o curso de residência uniprofissional é um espaço de aprofundamento do conhecimento e da prática da enfermagem, além de importante oportunidade de os residentes forjarem e exercitarem seu perfil profissional. De outro modo, o maior investimento dos cursos de abordagem multiprofissional está na atuação em equipe multiprofissional e no trabalho interdisciplinar. Assim, é relevante a reflexão sobre o foco do processo educativo, uma vez que no início da carreira profissional é necessária a imersão na prática da profissão eleita no curso de graduação. Inclusive, ao aprofundar a prática da profissão e sedimentar o seu campo de competência profissional, é possível experienciar o trabalho em equipe profissional para o qual o trabalhador pode contribuir com as especificidades de sua formação.

Evidencia-se, assim, a contradição na oferta de um curso multiprofissional, com foco no processo de trabalho em equipe multidisciplinar, uma vez que o recém-formado necessita aprofundar a prática profissional de sua graduação, oportunidade ofertada na residência uniprofissional.

Ainda sobre as contribuições da residência, os egressos destacaram que o curso possibilitou a construção de competências para o desenvolvimento do cuidado ampliado, abrangendo o indivíduo e sua família.

> É muito natural para mim, ao assistir adultos, também inserir a família. Por vezes, o colega que não tinha experiência pediátrica não entendia muito bem o familiar perguntando sobre o atendimento. Para mim, é muito normal a presença do acompanhante, da família. Então, a residência em pediatria foi muito importante para mim também nesse sentido. (E12)

> Eu saí da residência com uma visão totalmente diferenciada. Por exemplo, na pediatria o cuidado é centrado na família, entendemos que ter um acompanhante é um direito da criança. E eu aprendi aqui toda essa filosofia, essa política. Isso, com certeza, é um dos destaques em relação ao cuidar da família. (E11)

Diante da compreensão das necessidades da clientela, surge também a necessidade de englobar novos conhecimentos e práticas no exercício da assistência em saúde. A configuração da assistência necessita construir formas de atender às necessidades em saúde, transpondo limites do cuidado tradicional, englobando competências que abrangem as relações interpessoais, a ética, a política e a visão humanística. (ERDMANN; BACKES; MINUZZI, 2008; CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012). Assim, faz-se relevante a incorporação da família ao atender usuários do serviço de saúde, prática estimulada no curso de residência de enfermagem e necessária no cotidiano da assistência não apenas a crianças, mas também na assistência ao parto e aos idosos, por exemplo.

Segundo a visão dos egressos, a residência é uma forma de qualificação que incute no profissional o desejo e a necessidade de ampliar o conhecimento e as habilidades técnicas. Por outro lado, a forma como o curso se desenvolve, por meio da vivência cotidiana e intensa de experiências práticas, ricas e reais do mundo do trabalho em saúde e enfermagem, constrói no residente o sentimento de segurança para atuar com diversificados tipos de clientela e seus problemas de saúde. Os relatos destacados a seguir validam essa análise:

> Eu senti segurança com a residência. Claro que o primeiro emprego traz ansiedade, mas eu tinha muita segurança. Havia tecnologias que não conhecíamos, pois, o hospital não possuía, mas eu sabia que eu conseguiria lidar com o dia a dia da assistência. Pois, não tinha receio de assistir um paciente grave, conseguia entender o que estava ocorrendo com o paciente e tinha uma visão ampla. Isso te faz caminhar e cada vez querer saber mais, impulsionando para um crescimento profissional contínuo. (E6)

> A residência dá autonomia para resolver o que é preciso, dá coragem. Precisamos de coragem porque quando é necessário questionar [referindo-se aos cirurgiões e anestesistas], é necessário postura [profissional], conhecimento científico, e isso a residência me deu, e nada vai tirar. A vivência de conhecer os problemas e tentar buscar as soluções, de lidar com as pessoas, com a equipe multiprofissional e com os desafios. (E13)

O curso de residência deve ter uma carga horária de 5760 horas, dentre as quais, 80% referem-se a atividades práticas, visto que o objetivo é aprender por meio do cotidiano do exercício profissional com experiências que possuam um poder de concretizar o que foi ensinado em sala de aula, mas que tem, para muitos estudantes, um caráter abstrato, portanto difícil de ser solidificado. Assim, quando se concretiza o que foi refletido e discutido nas disciplinas teóricas por meio de casos reais e vividos pelos discentes na prática, há um elevado poder de aprendizado (SOBRAL; CAMPOS, 2012). E, consequentemente, vai criando nesse profissional segurança e tranquilidade acerca do que pode esperar no seu

contexto de trabalho e como agir para resolver as variabilidades da assistência em saúde (ZANONI et al., 2015).

O ensino em saúde deve mesclar experiências práticas e conteúdos teóricos para que o profissional em formação possa refletir sobre suas ações e decisões de modo a correlacionar os fundamentos científicos e os procedimentos de enfermagem. Assim, o curso de residência é um terreno profícuo para desenvolver essa competência, o que foi reconhecido pelos egressos (SOBRAL; CAMPOS, 2012; ZANONI et al., 2015)

Para o desenvolvimento das competências profissionais, a preceptoria participa amplamente do processo direcionando o residente para adquirir segurança na sua prática profissional e articulando o conhecimento científico e o cuidado, fazendo com que o ambiente laboral seja também educativo. Assim, os conhecimentos adquiridos pelo enfermeiro residente propiciam autogestão da prática profissional e promovem autonomia, discernimento, reflexão e atitude nas situações que surgem cotidianamente (RIBEIRO; DO PRADO, 2013).

A residência também contribui fortemente para a criação da identidade profissional, para construir solidamente o sentimento do que é ser enfermeiro, suas atribuições e papéis na assistência em saúde. Pois, durante o curso de graduação, muitas vezes, o discente está mais preocupado em adquirir habilidades técnicas e conhecimento científico, não privilegiando ou pouco atentando para a dinâmica do trabalho em saúde, seus meandros e o que se espera do profissional. Dessa forma, a residência vem para apresentar e possibilitar a vivência desse mundo complexo e de difícil apreensão. O relato a seguir evidencia essa análise:

> Eu era técnica de enfermagem, fiz a faculdade e fui para a residência. Então, na residência eu aprendi a ter o olhar de enfermeira, um olhar administrativo que eu não tinha antes. Considero que foi uma fase excelente, proveitosa. Em algumas situações do dia a dia que eu não estava de frente, porque eu não era enfermeira do local, era residente, mas os preceptores sempre chamavam os residentes para participar da resolução de problemas, de situações delicadas. (E14)

> A residência também foi boa no sentido de eu estar amparada e poder construir a minha identidade profissional, entender como funciona a dinâmica dos serviços e tentar me adequar a ela, ver como os preceptores se portavam, entender as dificuldades que se apresentariam para eu me espelhar depois. A residência me ajudou, me preparando para o que eu enfrentaria depois, me apresentando as futuras dificuldades. (E22)

A identidade profissional é compreendida como uma representação interna da interação entre o profissional e seu ambiente ao explorar as respostas humanas às situações de saúde e constrói-se em um processo de desenvolvimento ao longo da carreira profissional dos enfermeiros (RIBEIRO et al., 2011).

Um curso de residência, considerando sua principal característica, a imersão na prática profissional, oferece oportunidade singular ao enfermeiro de delinear sua identidade por meio de experiências concretas no contexto de trabalho. Tal experiência de imersão prática não prescinde do aprofundamento de conhecimentos técnico-científicos e da reflexão crítica sobre a prática. Um elemento importante nos cursos de residência é o público de recém-graduados, o que torna a residência um espaço privilegiado para que o enfermeiro conheça a realidade do trabalho por meio do exercício guiado e supervisionado da prática profissional e que também estimula a independência e autonomia.

Nessa perspectiva, fica claro como o curso de residência é valorizado pelos egressos também como meio de aproximá-los de um mundo do trabalho que é complexo, dinâmico e multifacetado, o qual causa diversos estranhamentos para os recém-formados, assim sendo o referido curso contribui para minimizar esse sentimento de estranheza.

> A graduação te prepara teoricamente, mas não te prepara para o universo difícil e intrincado do trabalho em saúde. A residência me preparou para este universo, me aproximou dele e fez criar estratégias para lidar com ele. (E4)

> Considero muito importante a vivência prática da residência, pela construção da identidade profissional o que é muito interessante e muito delicado. É necessário viver muitas coisas, por exemplo, a questão de conflito com outros profissionais e de sair do plantão oito e meia da noite. Então, a residência te prepara para o mundo real do trabalho. Mostra que as coisas não são boas o tempo inteiro. (E22)

No que se refere ao mundo do trabalho, a reestruturação produtiva na década de 1990, no Brasil, acompanhou o movimento de transformação social que atingiu o capitalismo mundial nas décadas de 70 e 80. A partir desse movimento fundamentado no ideário neoliberal, diversas e significativas transformações ocorreram, caracterizadas por nova conformação de mercados e expansão de inovações tecnológicas e organizacionais, que redefiniram a organização do trabalho, buscando o aumento da produtividade. Nesse sentido, as condições de emprego foram afetadas, alterando as exigências de qualificação do trabalhador, além dos padrões de gestão do trabalho (RIBEIRO et al., 2011; SELIGMANN-SILVA et al., 2010; ANTUNES, 2005).

No campo da saúde, os efeitos do modelo neoliberal determinaram a privatização de serviços, a precarização das condições de trabalho, a escassez de materiais e a diminuição do quantitativo de profissionais nos serviços públicos, ocasionando a sobrecarga de trabalho. Soma-se a essas características a precarização dos vínculos de trabalho, imprimindo insegurança quanto a sua continuidade e até a incerteza do pagamento de salários. Uma

característica relevante nesse contexto é o perfil exigido do trabalhador, que deve ser polivalente e flexível (MARTINS; MOLINARO, 2013; ANTUNES, 2005).

Assim sendo, as exigências no mercado de trabalho aos trabalhadores estão em transformação continuamente, demandando das instituições de ensino formar e qualificar trabalhadores reflexivos, críticos e criativos, capazes de identificar as necessidades em saúde e de manejar as situações próprias do ambiente de trabalho. Tais capacidades estão ligadas às experiências do indivíduo, mobilizando um conjunto de conhecimentos (ALMEIDA; PERES, 2012; NASSIF; HANAZHIRO; TORRES, 2010).

Nessa perspectiva, os egressos relataram a oportunidade do exercício profissional desenvolvendo trabalho em equipe e o relacionamento profissional, participando do enfrentamento de conflitos e da resolução de problemas, exercitando, assim, a liderança, além de delinearem sua identidade profissional. Nesse processo sugiram dúvidas, inseguranças e dificuldades. Entretanto, os relatos também descreveram que se sentiram preparados para a prática profissional ao ingressarem no mundo do trabalho, apesar de suas características hostis e em transformações rápidas e dinâmicas.

Com base nas falas dos egressos, é evidente a relevância da imersão de profissionais recém-formados no contexto de trabalho na perspectiva de qualificação de sua prática profissional, como em um curso de residência, ou seja, a residência é uma oportunidade diferenciada de exercitar o conjunto de habilidades e atitudes exigidas na prática profissional. Nesse sentido, ressalta-se a recomendação da Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) sobre os quatro pilares da educação (aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a viver juntos) e o conceito de educação ao longo de toda a vida objetivando um processo de ensino- aprendizagem dinâmico e em equipe. (DELORS, 2001). Tal recomendação propõe a configuração de um perfil capaz de reunir competências relacionais, éticas, de busca do conhecimento, reconhecendo a realidade do mundo do trabalho.

No processo de desenvolvimento do residente, os egressos apontaram como primordial o acompanhamento realizado pela preceptoria, garantindo o cotidiano do trabalho como um ambiente repleto de diferentes experiências de aprendizagem.

Ademais, os egressos apontaram a valia do apoio emocional que muitos receberam de preceptores e docentes durante o curso, o qual foi além do conhecimento técnico-científico. Desse modo, a vivência do trabalho em saúde permeada pelo sofrimento dos pacientes e familiares, pelas relações de poder extremamente demarcadas, pela elevada carga horária do curso que reduz a convivência com familiares e amigos, entre outros aspectos que atingem

duramente a dimensão subjetiva dos residentes, mas que os egressos aludiram a esse apoio diferenciado durante o processo de ensino-aprendizagem da residência como outro diferencial positivo do curso.

> A residência é um período muito interessante, porque temos que assumir algumas funções, mas ainda não somos responsáveis totalmente. E isso causa uma certa dificuldade, certo sofrimento, e eu lembro que tive ajuda para vencer estas dificuldades. (E22)

> Entrei na sala da cirurgia cardíaca a primeira vez, muito assustada, não queria encostar em nada, e fui muito bem acolhida. Aprendemos a ser enfermeiros de verdade. (E13)

> Os enfermeiros foram mais que preceptores, porque às vezes foram professores, às vezes foram mães, às vezes deram 'colo' e, por vezes 'puxaram a orelha' quando tinham que puxar. E, isso não tem preço, porque te direciona. Foi a melhor escola que eu tive para conhecer as pessoas, aprender a lidar com os técnicos de enfermagem. Foi muito aprendizado. E aqueles problemas que tínhamos na época foram ficando pequenos diante do que aprendi. (E9)

O contexto do trabalho em saúde é insólito e complexo. Há de se ter habilidades diferenciadas para lidar com vários elementos e situações que compõem esse trabalho. Há de se lidar com o sofrimento e morte de pessoas; existem relações de poder muito difíceis de serem dribladas; alude-se às relações hierárquicas rígidas; também se pode citar a complexidade do conhecimento e das tecnologias que se empregam no cuidado e que devem ser apreendidas continuamente no cotidiano laboral; enfim, são muitas situações que impactam na subjetividade dos residentes e causam sofrimento psíquico porque são difíceis de serem apreendidas, elaboradas e reelaboradas (TAVARES et al., 2014).

E um processo de ensino-aprendizagem deve considerar tal complexidade e inserir aspectos da humanização no ensino, visto que essas situações implicam na necessidade de acolhimento das demandas de origem emocional, de estímulo à reflexão crítica sobre o contexto de trabalho e suas adversidades, e por vezes de tratamento. Soma-se a isso o fato de que em pouco tempo os residentes certamente terão a experiência da preceptoria, da docência e da coordenação de processos educativos, por exemplo. Assim, é fundamental que tenham experienciado o manejo seguro, transparente, sensível e respeitoso de suas demandas em um momento tão singular da vida profissional, pois, certamente, esse tipo de conduta se tornará objeto de reflexão e aprendizagem. E como tal, com grande possibilidade de reprodução.

Outrossim, captou-se nas falas a importância do apoio psicoemocional da coordenação do curso aos residentes para a transição do ser-aluno para o ser-profissional, e essa situação de

conflito pessoal e profissional foi lembrada como um elemento diferencial na qualidade do curso.

> O apoio da coordenação da residência foi muito importante, pois tínhamos uma carga horária muito grande. Tínhamos problemas pessoais durante o curso. Então, além do conhecimento teórico, tínhamos, muitas vezes, o apoio emocional. Era difícil, ao mesmo tempo, ser aluno e profissional, o que gera muitos conflitos. Ter quem nos escute e entenda, também oferece muita segurança no nosso dia a dia. (E13)

A condição de residente engendra a contradição de ser estimulado ao desenvolvimento profissional, sendo solicitado a realizar ações que demandam não apenas a mobilização de conhecimentos e o exercício de habilidades técnicas, mas também a comunicação eficiente, atitudes com autonomia e prontidão, além de amadurecimento na tomada de decisões e no exercício da liderança. Entretanto, a condição de residente também lhe impõe limites de atuação em função de ser recém-formado e de não poder arcar com a responsabilidade por decisões que tenham implicações institucionais, por exemplo.

Sobreposta a essa contradição, há uma nova situação dialética, que é a função de preceptores e docentes em ter a responsabilidade de estimular nos residentes o desenvolvimento de diversas capacidades necessárias à construção de sua identidade profissional. Entretanto, e ao mesmo tempo, têm a incumbência de definir limites de atuação, considerando, por exemplo, os limites de autonomia dos residentes diante de regras e responsabilidades institucionais. Dessa forma, a condição contraditória do residente é reforçada pela, também contraditória, ação de preceptores e docentes, atores responsáveis pelo processo de ensino-aprendizagem dos residentes durante o curso.

Com base no referencial teórico-metodológico desta pesquisa, julga-se que a condição de residentes e preceptores no exercício de suas atividades se insere em uma das Leis da Dialética, a Lei da interpenetração dos contrários. Desse modo, diferentes e contraditórios aspectos da realidade se cruzam, ou seja, os fatos e situações não podem ser compreendidos isoladamente, desconsiderando a conexão que cada um deles mantém entre si e com fatos e situações diferentes. De acordo com as conexões estabelecidas, prevalecerá no fenômeno um lado ou outro da sua realidade (PERNA e NOLASCO, 2018)

É relevante destacar que, de acordo com a referida Lei da Dialética, a conexão estabelecida entre as atividades e papéis desempenhados por esses atores é de interdependência, na medida em que em um curso de residência a função de preceptores e docentes tem sentido a partir da necessidade de desenvolvimento da prática profissional de

residentes. Ao mesmo tempo, esse processo de desenvolvimento pressupõe que a supervisão de preceptores e docentes balize a conduta dos enfermeiros residentes incentivando-os ou apontando limites.

3.3.5.2 2ª Subcategoria: Curso de residência como importante modalidade de aprendizagem de enfermeiros

Os egressos reconheceram em seus depoimentos, como exposto anteriormente, as significativas contribuições do curso de residência em sua vivência laboral e pessoal. A partir dos aportes recebidos, os egressos apontaram as razões pelas quais recomendam que os recém-graduados busquem cursar a residência.

Nesse contexto, é importante que os graduandos vislumbrem fazer um curso de residência desde a graduação, considerando a necessidade de preparo para que se submetam a um concurso competitivo para um curso que exige dedicação e disponibilidade, visto que tem grande carga horária e pressupõe diferenciadas atividades. Além disso, o curso envolve a compreensão do residente sobre a oportunidade de aprimoramento de sua prática profissional, considerando que exige sua intensa participação e consciência de seu processo formativo. Ainda no que se refere ao seu compromisso, vale ressaltar a importância de o residente entender que o curso é um investimento do orçamento público na qualificação de profissionais de saúde com vistas ao fortalecimento do SUS.

> Quando me perguntam sobre residência, eu sempre tento despertar o desejo de fazer o curso nos alunos porque ele é bom em termos do amadurecimento profissional e pessoal. (E2)

> Eu sempre indico aos recém-formados fazerem residência, pois é ali que se aprende a ser enfermeiro de verdade. (E13)

Os egressos apontam uma série de fatores pelos quais recomendam o investimento em um curso de residência, elencando, por exemplo, a necessidade de aprimoramento para assumir a prática ao finalizar a graduação, o acúmulo de conhecimentos que possibilitam a aprovação em concursos públicos, a experiência de manejo de conflitos no cotidiano da assistência e o aumento da autoconfiança profissional.

> No mercado de trabalho esperam que você esteja preparada, que passe confiança e que consiga trabalhar bem. E a residência me ajudou bastante nisso. Todos os

> concursos que eu fiz desde que eu saí da residência, eu passei. E não cheguei nos meus empregos totalmente despreparada. Adquiri total confiança. Vamos aprender pelo resto da vida, mas nitidamente há diferença de um ex-residente para aquele enfermeiro que não teve essa experiência. Não apenas a questão da técnica, porque isso qualquer um aprende, mas líamos artigos, realizávamos minicongressos, sempre discutindo, tínhamos *rounds.* Éramos exigidos. (E5)

Os participantes foram veementes em afirmar que, diante das abrangentes contribuições da residência para o desenvolvimento do ser-enfermeiro, esse curso deveria ser obrigatório na trajetória profissional dos enfermeiros. Tal posicionamento é comentado pelos egressos por perceberem nos enfermeiros egressos do curso maior desembaraço, habilidade no desempenho da prática profissional e a visão ampliada e, ao mesmo tempo, profunda sobre o mundo do trabalho. Infere-se que as exigências cobradas durante o curso impulsionaram um comportamento profissional proativo e a consciência da necessidade de aprendizagem constante.

> Penso que a residência não é apenas fundamental, penso que deveria ser obrigatória, para trazer experiência e mais responsabilidade, para provocar reflexões, não só sobre as experiências vividas individualmente, mas para aprender a lidar com certas situações, com o mundo do trabalho. Imagine para um enfermeiro que não tem formação adequada, uma formação que deixa a desejar, uma formação até perigosa. Então, penso que a residência deveria ser obrigatória, porque faz toda a diferença. (E23)

> A residência é importante qualificação técnica e pessoal do enfermeiro antes de se inserir no mercado de trabalho. Penso que deveria ser obrigatório, temos profissionais pouco qualificados atuando. (E17)

Os egressos asseveram sobre a obrigatoriedade do curso para os enfermeiros, ressaltando a preocupação com a deficiência na formação durante a graduação de muitos enfermeiros, realidade que acreditam que poderia ser minimizada diante da inserção em uma residência.

Considerando as falas sobre os limites da formação de alguns enfermeiros, é pertinente ressaltar que o aumento indiscriminado da oferta de cursos de graduação em enfermagem tem produzido resultados devastadores na qualidade da formação de recursos humanos em enfermagem (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013; ERDMANN; FERNANDES; TEIXEIRA, 2011). Acredita-se que as exigências dos concursos de residência, além dos requisitos para a manutenção no curso, implicam em uma mensagem aos cursos de graduação sobre a necessidade de formação mais apurada dos graduandos, visto que a perspectiva de ingresso em um curso de residência tem estado presente no universo dos desejos dos recém-graduados com o fito de aprimorar a formação profissional, que muitos sabem que tem ficado aquém das

exigências do mercado de trabalho (TEIXEIRA et al., 2013). É comum, inclusive, que o egresso da graduação se submeta a vários concursos de residência, em variados programas de especialidades da enfermagem, na tentativa de conseguir uma vaga para, assim, se capacitarem.

Considera-se também que existe outro importante fator que interfere no desejo de cursar a residência, o qual se caracteriza no valor da bolsa-auxílio paga mensalmente aos residentes (R$ 3.330,43) e que, diante do mercado de trabalho, não raramente apresenta valor maior que salários pagos a enfermeiros em muitas instituições de saúde. Ademais, essa iniciativa garante a subsistência dos residentes para o investimento no seu aprimoramento profissional. Ressalta-se que vários residentes se deslocam de outras cidades do estado do Rio de Janeiro e do país para realizar o curso no município do Rio de Janeiro. E, considerando que é vedado ao residente, de acordo com a deliberação do curso e como definido pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em saúde (CNRMS), que possua vínculo empregatício durante a residência, nesse sentido, a bolsa-auxílio assume importante papel para a manutenção do residente no curso.

Observando a complexidade do trabalho em saúde e em enfermagem, o enfermeiro necessita de tempo para aprimorar a prática profissional, chance oportunizada pela residência. Dessa forma, percebeu-se a ênfase dada pelos egressos à contribuição do curso para o fortalecimento das competências profissionais. Em concomitância, identificou-se que a faixa etária dos alunos que concluem o curso de enfermagem é significativa no início dos vinte anos de idade, o que demonstra necessidade e a importância do amadurecimento não apenas profissional, como também pessoal (SILVA; AQUINO; PINTO, 2014; BARBEIRO; MIRANDA; SOUZA, 2010),

Nesse sentido, é de fato contraditório que seja exigido de recém-formados o pronto exercício de todas as competências necessárias ao cuidado em saúde, como um bom relacionamento interpessoal com outros profissionais; a tomada de decisões adequadas, envolvendo diferentes interesses e peculiaridades; e a liderança, tendo que ser exercida, frequentemente, diante de equipes com considerável tempo de exercício profissional, sem a oportunidade de exercitar a conjugação das competências que lhes serão exigidas no mundo do trabalho (SILVA; AQUINO; PINTO, 2014).

Nesse contexto, como um componente importante da prática profissional do enfermeiro, a oportunidade de exercitar a capacidade de relacionamento interpessoal foi valorizada pelos egressos, considerando promover a liderança de atividades laborais com mais segurança e autoconfiança, na medida em que o gerenciamento do cuidado de enfermagem é

prerrogativa do enfermeiros na condução da equipe de enfermagem, além da necessidade de interface com a equipe multiprofissional(SANTOS et al., 2013).

Os participantes asseveraram que ser egresso de uma residência o diferencia no mercado de trabalho, certamente pela credibilidade imputada a um curso que forma especialistas com o quantitativo de 5760 horas, sendo 80% dessa carga horária destinada à prática da assistência. Além do grande investimento na prática da enfermagem, o enfermeiro tem o fundamento científico nas aulas teórico-específicas do seu programa e do núcleo comum de todos os programas. Além disso, complementa a proposta estruturante do curso a realização de um trabalho de conclusão. Inclusive, conforme os documentos do curso, há uma tripla exigência para a conclusão da residência: (i) ter, pelo menos, 75% de frequência em cada disciplina teórica; (ii) ter 100% de frequência nas atividades práticas; e (iii) ser aprovado na conclusão de um trabalho científico. Tais exigências se colocam também para progredir do primeiro para o segundo ano do curso. Tais exigências se justificam pela necessidade de avaliar o processo de desenvolvimento do residente, segundo a proposta do curso (BRASIL, 2005).

Levando em consideração a configuração pedagógica do curso, as ações dos preceptores e docentes precisam promover a circularidade entre os conteúdos, achados e reflexões da teoria e da prática, proporcionando a aplicabilidade do conhecimento no cotidiano da prática da enfermagem (SHULMAN, 2013).

Ressalta-se a fala dos egressos sobre a consciência de seu desenvolvimento na prática profissional alcançada a partir do curso de residência, ao que atribuem a empregabilidade e o progresso conquistado na carreira profissional. Assim, os participantes apresentaram como parâmetro da importância do curso não apenas a autoavaliação de seus bons desempenhos profissionais, mas também a conquista do espaço de trabalho.

> Nunca fiquei desempregada e penso que isto se deve a ter feito um curso de residência. A residência é prática e estudo, e isso faz toda a diferença. (E21)

> A residência é um diferencial no currículo, ela abre muitas portas de emprego. Fazendo uma retrospectiva sobre mim ao entrar e ao sair da residência, eu consigo ver o quanto eu cresci. Eu era uma enfermeira ‘crua’, e a residência me trouxe muitas possibilidades no mundo do trabalho porque me tornei segura e confiante. (E1)

> A residência ofereceu suporte teórico, prático e a bolsa de estudos. É bacana o enfermeiro ter essa oportunidade. Eu entrei uma pessoa na residência e sai outra. É importante depois de alguns anos ver a própria evolução. No início tive dúvidas se conseguiria. (E5)

No que se refere às contribuições do programa de residência para a vida profissional e pessoal, o desenvolvimento de habilidades práticas, a autoconfiança e segurança são elementos que oportunizam a conquista de um emprego (ZANONI et al., 2015). Nessa perspectiva, o conjunto de habilidades alcançadas durante o curso, segundo os egressos, possibilita êxitos na carreira profissional, tornando-se um diferencial no contexto do trabalho

Participantes destacaram a residência como um espaço pedagógico para o desenvolvimento acadêmico, uma vez que oferece a experiência da pesquisa durante a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), conforme descreve a deliberação do curso.

Para a elaboração do TCC, o residente dispõe de 17 meses, dentre os 24 meses do curso. Nesse período, deve apresentar um projeto e mediante a avaliação e aprovação de banca examinadora passa a desenvolver o relatório de pesquisa. Como um critério para a finalização do curso, o residente deve submeter esse trabalho à avaliação de uma banca examinadora. Para o desenvolvimento desse processo, o curso oferece as disciplinas Metodologia da Pesquisa I, Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso, ministradas no primeiro ano da residência, e Metodologia da Pesquisa II e Trabalho de Conclusão de Curso, desenvolvidas ao longo do segundo ano do curso.

A coordenação do curso, além de preceptores e docentes que têm também a função de orientadores dos TCC, busca estimular a definição dos objetos de estudo a partir de problemáticas oriundas da prática profissional com o objetivo de favorecer a produção científica centrada em elementos relevantes para a enfermagem, possibilitando retorno relevante à prática profissional, especialmente àquela desenvolvida no contexto da instituição.

> Vê-se nitidamente a diferença de atuação em um profissional que foi residente, pela experiência, pelo amadurecimento, pela oportunidade que teve em fazer pesquisa. Foi o caminho que eu fiz. Na residência conheci a realidade da prática profissional e depois busquei o mestrado. A minha dissertação de mestrado é totalmente referente à prática, porque é importante a experiência, o amadurecimento. Adicionado a isso, ao buscar um emprego, o ex-residente é visto de outra forma pelo seu posicionamento diferenciado. Eu faria tudo novamente. É muito cansativo pois, praticamente moramos no hospital, mas o crescimento profissional do enfermeiro é incrível. (E12)

Os efeitos da globalização trouxeram demandas para a educação de profissionais, que se configuram em exigências para a inserção e manutenção do mundo globalizado (SILVA, 2008). Observa-se, assim, a relevância da habilidade em realizar pesquisas, buscando intervir na assistência de indivíduos e coletivos humanos por meio da qualificação da assistência e do cuidado de enfermagem.

A realização de pesquisa no curso de residência oportuniza não apenas o desenvolvimento da habilidade em pesquisa, bem como estimula a continuidade do investimento acadêmico dos egressos em cursos de pós-graduação *stricto sensu*, como cursos de mestrado profissional e acadêmico, e de doutorado. Vários egressos da residência ingressaram nesses cursos com o objetivo de aprofundar a pesquisa realizada durante a residência por meio do TCC.

Outro conteúdo importante que emergiu das entrevistas foi o compromisso com a prática profissional, por exemplo, com relação ao horário de chegada no local de trabalho, considerando a organização institucional, o processo laboral em saúde e enfermagem. Além disso, um elemento importante é que a enfermagem trabalha em turnos e, ao final de um turno, pressupõe o início das atividades de trabalho de uma nova equipe de enfermagem. Entretanto, a chegada em atraso ocasiona, em alguns casos, a extensão do turno de um profissional que esteve em atividade entre 6 e 12 horas. Essa situação pode ser agravada, dependendo da condição clínica dos clientes, exigindo maior ou menor grau de intervenção da equipe de enfermagem, ou seja, a disciplina com o horário de chegada, por exemplo, visa padronizar e disciplinar a conduta profissional, incentivar o respeito entre os profissionais de enfermagem no exercício profissional, além de contribuir para a melhor adaptação e o bom desempenho no mundo do trabalho.

As falas selecionadas a seguir exemplificam essa análise:

> A residência exigia disciplina, e era uma disciplina educativa. Atualmente, no meu trabalho não há assinatura de frequência. E na residência a gente tinha que assinar a frequência. Essa é uma forma de disciplinar, de ter compromisso com o horário. No trabalho vejo que as pessoas não têm esse compromisso. Na faculdade sempre ensinam isso, e na residência também havia a exigência do compromisso com o horário. A formação foi educativa, não foi traumatizante. (E21)

> A Residência foi o tempo para melhorar minhas qualidades e suplantar meus limites, de tentar mudar o que eu precisava. Tive um espaço na residência para pensar duas vezes, refletir sobre minhas condutas. Isso é difícil num mundo do trabalho no qual exige-se respostas imediatas. (E7)

Em relação às dificuldades com a equipe de trabalho, enfermeiras referem sobre o compromisso profissional, o descaso, a acomodação e a desorganização dos serviços (MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011). Nessa perspectiva, o compromisso com as exigências do trabalho, como a pontualidade e a assiduidade, são fatores que contribuem para o sucesso na organização do trabalho da enfermagem, bem como impactam positivamente o trabalho da equipe. Os egressos destacaram que a residência colaborou para a valorização de elementos

relativos à organização do processo de trabalho, pois percebem, com estranhamento, o desprestígio desses elementos na prática profissional.

Os egressos revelaram seu desejo de oferecer contrapartida à sociedade pelo desenvolvimento profissional alcançado a partir da residência. Além disso, pretendem colaborar com o desenvolvimento da enfermagem. Os participantes demonstraram, assim, a consciência do seu papel social de que o curso de residência é um investimento da sociedade, visto que os recursos referentes à bolsa-auxílio provêm dos valores arrecadados a partir de impostos e contribuições sociais e que devem retornar a ela na forma da assistência em saúde no SUS.

> Quero melhorar na minha área. Estou estudando no doutorado a minha área porque eu quero melhorar a minha especialidade. Quero oferecer essa contrapartida, penso que tenho essa relevância social na minha profissão. Foi um período que realmente me marcou, aprendizado que levo para vida, até mesmo quando lidei com adversidades. (E11)

Constatou-se nas falas dos participantes que a residência contribuiu para a identificação e construção de recursos para o enfrentamento de adversidades no cenário laboral em saúde. Assinalaram, ainda, que para além do aprimoramento da técnica e da ampliação de conhecimentos, o curso oportunizou o exercício do manejo de limites, dificuldades e conflitos, oferecendo o crescimento profissional e pessoal.

> Aprendi muito, inclusive com todas as dificuldades. E o aprendizado superou todas elas. Foi uma experiência de amor, de conhecimento, de companheirismo, de aprendizado, de crescimento profissional e pessoal, de ética, de trabalho, de educação, não tenho o que reclamar. (E13)

Nessa perspectiva, evidencia-se que os egressos reconhecem a experiência profissional oportunizada pelo curso como promotora de maior autonomia e desenvoltura na prática profissional. Tal reconhecimento é relevante, uma vez que valoriza o curso de residência como essencial ao aprimoramento da prática profissional.

De forma abrangente, esta categoria expressa a lei da mudança da quantidade para a qualidade, a qual enuncia que há mudança qualitativa dos objetos, ou seja, a criação do novo a partir de várias mudanças quantitativas, em diferentes ritmos (TRIVIÑOS, 2011).

Assim, compreende-se que a visão dos egressos acerca do curso de residência evidenciou-o como um processo de ensino-aprendizagem importante para a prática profissional dos enfermeiros, na medida em que ofereceu significativas mudanças qualitativas. Os egressos referiram como contribuição do curso de residência o aumento de

conhecimento, o aprimoramento de habilidades e a elaboração de atitudes profissionais, bem como uma experiência pessoal reflexiva, contribuindo para a vivência no contexto laboral e em sociedade.

Nesse sentido, infere-se que a premissa de uma residência oferecer a qualificação profissional a partir da imersão de 48 horas semanais durante 2 anos no processo de trabalho (BRASIL, 2001, 2005, 2009a, 2009b, 2010) da enfermagem possibilitou o desenvolvimento profissional gradativo nas diferentes situações vivenciadas ao longo do curso.

Além do processo de imersão nos cenários de prática profissional, os residentes têm ainda 12 horas semanais ao longo do curso direcionadas a aulas teóricas em disciplinas relacionadas ao universo laboral da enfermagem e disciplinas específicas relativas ao conteúdo específico da área da especialidade cursada na residência (BRASIL, 2001, 2005, 2009a, 2009b, 2010). Além das aulas teóricas, o processo reflexivo sobre a assistência nos cenários de prática com a equipe multiprofissional aos preceptores, tutores e professores propicia o amadurecimento sobre a prática profissional em saúde e na enfermagem.

Enfim, compreende-se que o fazer diário dos residentes enseja o processo reflexivo sobre a prática profissional, suas adversidades, incongruências e sucessos. E, da mesma forma, o processo de reflexão e análise crítica da prática profissional, incluindo suas correlações políticas e sociais, propicia mudanças no cotidiano das práticas em saúde.

Portanto, o curso oferece a oportunidade de o profissional recém-egresso do curso de graduação qualificar sua prática profissional, ao ter oportunidade e tempo para amadurecer profissional e pessoalmente suas práticas e impressões, além de transformar o que foi apreendido e refletido em comportamentos e ações no complexo exercício do trabalho da enfermagem. Essa compreensão é corroborada pelo estudo desenvolvido por Shoji (2017) com egressos de dois cursos de graduação, o qual apreendeu que a residência de enfermagem é um curso relevante para os recém-egressos do curso de graduação, considerando a oportunidade da prática laboral, guiada por enfermeiros atuantes nos serviços de saúde e docentes, e da reflexão crítica acerca da realidade do trabalho.

CONCLUSÃO

Ao dar início a este estudo, intencionou-se identificar, a partir da percepção de egressos de um curso de residência em enfermagem, a contribuição desse curso para o enfrentamento de adversidades do mundo do trabalho em saúde e na enfermagem presentes no cotidiano laboral desses enfermeiros. Nesse sentido, os egressos apontaram as relevantes contribuições da residência para o seu desenvolvimento profissional e pessoal, subsidiando, assim, a construção de estratégias para o enfrentamento de percalços e dissabores relacionados ao contexto de trabalho.

Desse modo, confirmou-se a tese defendida neste estudo, pois os egressos asseveraram que o curso de residência ofereceu experiência significativa no contexto do trabalho em saúde e na enfermagem, capaz de possibilitar o manejo de limites e possibilidades no contexto laboral e a elaboração de estratégias de enfrentamento de adversidades advindas do mundo do trabalho.

Esta pesquisa possibilitou compreender a visão dos egressos acerca da rede de relações entre os diversos fatores que compõem a problemática do mundo do trabalho em saúde, a partir da visão dialética dos fatos e suas conexões. Nesse sentido, identificou-se que os egressos percebem a expressão do ideário neoliberal e da globalização em nível macroestrutural, que impactam decisivamente o mundo do trabalho em saúde, como a reestruturação produtiva e o enxugamento do papel do Estado, associado ao estímulo estatal às parcerias público-privadas. E essa percepção permite aos egressos do curso em tela elaborarem uma visão e um proceder crítico e, muitas vezes, transformador da realidade adversa em que estão inseridos.

Assim, em nível microestrutural, os egressos descrevem que o contexto de trabalho é impactado por esse ideário, produzindo a precarização do ambiente de trabalho, bem como dos vínculos de trabalho, resultando no subemprego e no desemprego. Nesse contexto, depreende-se uma visão crítica, aproximada da realidade discutida na literatura, evidenciando que esses egressos não estão embotados diante da realidade que os cerca, portanto, com possibilidades de transformar o que está em dissonância da formação que se procura oferecer no curso de residência.

A caracterização dos enfermeiros evidenciou alguns fatores que influenciam diretamente o processo de trabalho. Por exemplo, o fato de ser um grupo jovem cuja média de

idade é de 32 anos. Essa característica, associada à valorização da continuidade do processo educativo como outras especializações e cursos de mestrado e doutorado, conforme descrito pelos egressos nas entrevistas, expressa não apenas a busca pelo aprimoramento profissional, mas também a reflexão acerca da prática profissional em um momento em que o produto de tal investimento pode contribuir com o trabalho em saúde e na enfermagem.

No que se refere ao projeto pedagógico (PP) do curso, destaca-se que para avançar com o fito de excelência contínua de um curso é preciso uma construção coletiva que, inclusive, permita uma avaliação dos seus conteúdos e metodologias de ensino em várias vertentes, ou seja, na perspectiva do aluno, do egresso, do professor, do usuário do serviço, coordenadores etc. Assim sendo, considera-se que é premente a (re)construção do PP apesar de entender que as disciplinas e metodologias, no ponto de vista dos egressos, permitem uma formação crítica e aproximada da realidade laboral, no entanto esse contexto é dinâmico e carece de uma (re)elaboração para tornar os estudantes cada vez mais preparados para as adversidades do atual mundo do trabalho.

Considera-se que outro ponto relevante deste estudo é a oferta de um estudo inédito que investigou a visão do egresso sobre as contribuições do curso de residência para sua atuação no mundo do trabalho. Acredita-se que a riqueza do conhecimento construído nesse material impulsione a realização de outros estudos acerca dos diferentes âmbitos que compõem um curso de residência em enfermagem, ponderando sobre as peculiaridades dessa instituição. Portanto, ele é configurado como um incrementador de outros estudos que busquem avaliar cursos de residência sob diferentes perspectivas com o fito de alcançar a melhor qualidade possível da formação em enfermagem por meio da residência.

Considerando a fala dos egressos, claramente a residência contribuiu para o seu desenvolvimento técnico-científico. Ademais, a pesquisa evidenciou que os egressos percebem o próprio amadurecimento político e gerencial como fundamental para a prática profissional e baseado no direcionamento de preceptores e docentes. Os egressos apontam que tal maturidade se expressa na capacidade de tomada de decisões corretas e de manejar situações adversas em um contexto de trabalho hostil.

Nesse sentido, o estudo evidenciou a relevância de os residentes serem inseridos não apenas no contexto de diferentes complexidades assistenciais, bem como em atividades de gerenciamento do cuidado de enfermagem. Nessas atividades são expostos a diversas situações que exigem o julgamento e a tomada de decisões e, muitas vezes, o manejo de situações conflituosas e delicadas do ponto de vista institucional, da equipe multiprofissional, da equipe de enfermagem e com a clientela e familiares. Tais situações requerem, portanto,

além do uso do bom senso, alicerçar as ações nos preceitos éticos, técnicos, científicos e humanos, os quais o curso de residência contribuiu na sua consolidação ou na construção dos mesmos.

Este estudo também colocou em destaque as ações dos docentes e preceptores do curso cuja capacidade de problematizar a prática da enfermagem e de transformar o ambiente de trabalho em um espaço de ensino-aprendizagem contribuiu com especial importância no desenvolvimento profissional dos egressos. Tais contribuições são aludidas e lançadas mãos em vários episódios e situações da prática profissional dos participantes do estudo, evidenciando que o curso contribuiu para marcar a vida pessoal e profissional desses sujeitos, elencando lembranças positivas do tempo de qualificação no referido curso.

Os cursos de residência direcionados às diversas categorias profissionais da área da saúde, com exceção da categoria médica, exigem dos residentes a dedicação exclusiva ao curso. Assim, como determinação da legislação que as rege, os profissionais não podem manter qualquer vínculo empregatício, mesmo que fora da carga horária definida pelo curso.

De outro modo, observa-se que a categoria médica, apesar de estar submetida à mesma carga horária semanal de 60 horas na residência, não está sujeita à proibição de manter vínculo empregatício durante o curso.

Nesse sentido, identifica-se que o arcabouço legal vigente dos cursos de residência incorre na reprodução de práticas desiguais para com as categorias profissionais da área da saúde, como diferentes salários e cargas horárias de trabalho. Desse modo, os profissionais da saúde são apresentados à legitimação da diferenciação entre as categorias no mundo do trabalho.

Constata-se, portanto, uma contradição, na medida em que a política de saúde defende o trabalho em equipe multiprofissional, mas considera desigualmente os trabalhadores, privilegiando, especialmente, a categoria médica, ou seja, no próprio contexto da equipe multiprofissional, vige a diferenciação entre os trabalhadores, o que é passível de identificação desde a formação e no contexto do curso de residência. Soma-se a isso toda a percepção da sociedade de valorização do trabalho médico e, em contraposição, a desvalorização da enfermagem.

Outrossim, o fato de os cursos de residência perfazerem 60 horas de carga horária semanal implica que os residentes têm tempo reduzido fora da instituição de saúde. Tempo que poderia ser utilizado para o amadurecimento e reflexão das situações vivenciadas no processo de ensino-aprendizagem, como também para o lazer e convivência com familiares e amigos.

Identifica-se como importante o processo reflexivo acerca das situações vivenciadas, o que exige tempo e um certo distanciamento do contexto de atividades regulares do curso. No que se refere à possibilidade de maior convivência com familiares e amigos, compreende-se como relevante, diante do fato de muitos residentes necessitarem do apoio familiar devido a fatos relacionados ao processo de transição entre a posição de estudante e a condição de um profissional, vivenciando um processo que qualificação profissional, uma vez que inúmeras são as demandas de ressignificação de suas atitudes, posicionamentos e práticas no contexto do processo de ensino-aprendizagem, bem como no contexto social.

Salienta-se que sobre a redução da carga horária semanal nos cursos de residência há um movimento nacional de residentes que reivindica a redução dessa carga horária para 40 horas.

O curso enseja práticas de transformação ao valorizar a discussão entre residentes, preceptores, tutores e docentes em fórum de avaliação e planejamento da residência. Esse evento ocorre anualmente a fim de rever e planejar os processos de ensino-aprendizagem no contexto do curso, buscando aprimorá-los. Portanto, acredita-se que esse material também pode subsidiar os residentes, preceptores e docentes a avaliar e rediscutir o transcorrer da residência, os objetivos e as metodologias de ensino, bem como a carga horária e as atividades desenvolvidas, o que permitirá a construção do PP que se compreende como necessário e premente nesse contexto.

Ao final deste estudo, ressalta-se que a tese defendida foi confirmada, pois apreendeu-se que o curso de residência em enfermagem contribui positivamente para que os egressos possam desenvolver estratégias de enfrentamento das adversidades configuradas no atual contexto do trabalho.

Observou-se que a experiência do curso de residência, apesar de, por vezes, se configurar como a vivência de uma identidade conflituosa - o residente é, ao mesmo tempo, aluno de um curso de pós-graduação e um profissional -, promove múltiplos ganhos na vida profissional e pessoal.

Nesse contexto, concluiu-se por meio da pesquisa que o curso de residência ofereceu experiência produtiva no contexto do trabalho em saúde e na enfermagem, promovendo o desenvolvimento técnico científico e pessoal dos enfermeiros residentes. Além disso, o processo de ensino-aprendizagem foi capaz de antecipar a realidade do mundo do trabalho, o que ensejou a construção de estratégias para o enfrentamento da problemática atual do contexto laboral.

Portanto, assevera-se a imprescindibilidade do curso de residência para a qualificação de enfermeiros e seu preparo para a vivência do mundo do trabalho.

Entende-se que a limitação deste estudo é a não captação da percepção dos preceptores, professores e coordenadores do curso sobre a formação do curso de residência visando ao enfrentamento dos residentes para as adversidades e hostilidades do mundo do trabalho. No entanto, compreende-se que tal limitação também pode ser o incrementador de novas pesquisas com o fito de avaliar e alcançar maior qualidade no curso de residência em questão.

RECOMENDAÇÕES

A partir deste estudo, aprendeu-se a visão dos egressos de um curso de Residência acerca da realidade do mundo do trabalho em saúde e da enfermagem, bem como sobre o exercício laboral nesse contexto, suas adversidades e seus aprazimentos. Os egressos descreveram também as estratégias adotas no enfrentamento das adversidades de um contexto, muitas vezes, hostil de trabalho e de que forma o curso de residência contribuiu para a elaboração de tais estratégias na vivência da prática profissional da enfermagem. Desse modo, elencam-se algumas recomendações a fim de contribuir para o permanente processo de aprimoramento do curso de residência e, ao mesmo tempo, auxiliar em um processo de transformação desse mundo do trabalho atual a partir da perspectiva dos egressos do curso.

No âmbito das disciplinas teóricas e práticas do curso, sugere-se que sejam aprofundados conteúdos sobre a realidade do mundo do trabalho, ou seja, articular temas como política, economia, cultura, enfim, aspectos relativos à sociologia, à filosofia, à ergonomia, entre outros. Para tanto, também é relevante capacitar o corpo docente e de preceptores para uma visão alargada e ao mesmo tempo profunda envolvendo o contexto do trabalho em saúde, haja vista a necessidade de o enfermeiro, ao desenvolver sua prática profissional, lidar com os impactos do ideário neoliberal no setor saúde. Dessa forma, entende-se que o enfermeiro residente terá mais condições de desenvolver visão crítica acerca desse cenário e, portanto, com mais condições de lidar e transformar realidades hostis e obsoletas de trabalho.

Um dos efeitos do modelo neoliberal no trabalho em saúde é o impacto na saúde do trabalhador, por exemplo, no âmbito da subjetividade, conforme descrito pelos egressos.

Nesse sentido, sugere-se que conteúdos sobre a saúde do trabalhador sejam inseridos no núcleo comum de disciplinas ao longo do curso de residência. Essa abordagem faz-se relevante, considerando ser necessária ao enfermeiro como um recurso pessoal de enfrentamento da realidade laboral, com o cuidado de si. Além disso, tal conteúdo permitirá desenvolver no residente a visão mais consolidada acerca da necessidade de os trabalhadores da equipe de enfermagem estarem saudáveis e trabalharem em contextos laborais mais salutares, haja vista a necessidade de contribuir na prevenção do absenteísmo e presenteísmo que se afigura no atual contexto de trabalho da enfermagem.

Sugere-se que metodologias ativas sejam incorporadas ou ampliadas como estratégias pedagógicas nas atividades do curso, no sentido de promover a problematização da realidade vivenciada e, por conseguinte, de seus determinantes. Tais metodologias colaboram para ampliar a visão de mundo e aguçar a criticidade. Outrossim, considerando o perfil dos residentes que apresentam novas formas de aprender por conta do advento da internet, as metodologias ativas contribuem para tornar o processo de ensino-aprendizagem dinâmico, aprazível e pertinente à forma de ser dos recém-formados em enfermagem.

Ademais, a experiência de ensino-aprendizagem dos residentes a partir de metodologias ativas pode se refletir nas ações educativas em seu futuro contexto de trabalho, por exemplo, no que se refere a ações de educação continuada e de Educação Permanente em Saúde (EPS), contribuindo para estimular a visão reflexiva e crítica da equipe de trabalho. Em especial, as ações da EPS podem colaborar no manejo de situações adversas no ambiente laboral, bem como na construção de estratégias de transformação do contexto de trabalho.

Diante da valiosa atuação de preceptores e de docentes no curso de residência, sugere-se a realização de atividades que invistam no desenvolvimento desses profissionais, aprofundando o conhecimento didático-pedagógico e promovendo a troca de experiência sobre o exercício da preceptoria e da docência no contexto de um curso de residência. Desse modo, recomenda-se a realização de oficinas de formação para preceptores e docentes sobre o processo pedagógico.

Oportunizar a troca de experiências entre participantes de diferentes cursos de residência pode contribuir com reflexões a partir de diferenciados contextos. É relevante também o intercâmbio de experiências com aqueles que têm a visão de um curso de residência a partir de uma perspectiva diferenciada, os residentes.

Propõe-se a garantia e a ampliação das ações de acolhimento às demandas psicoafetivas dos residentes, considerando que o intenso ritmo desse processo de ensino-aprendizagem, o distanciamento da família em caso de enfermeiros que vieram de outras

cidades brasileiras, a diminuição do tempo de lazer e de convivência com familiares e amigos figuram como fatores de fragilização emocional dos residentes. Portanto, recomenda-se que as parcerias na universidade para o atendimento às necessidades psicoafetivas dos residentes devem ser mantidas, sedimentadas e ampliadas. Ademais, é de grande relevância a manutenção de atividades que oportunizem o cuidado de si, como a biodanza e meditação.

Assim como é previsto pelo MEC a realização de estudos com egressos de cursos de graduação, ressalta-se como fundamental a realização de outros estudos com os egressos do curso de residência, objetivando identificar a sua visão acerca de peculiaridades do curso. Tais estudos possibilitam conhecer as contribuições da residência para a prática laboral do egresso, além de eventuais sugestões.

Recomenda-se, ainda, a realização de pesquisas envolvendo outros aspectos desse curso de residência, por exemplo, perspectivas de preceptores e de docentes acerca de particularidades da residência; expectativas de residentes sobre o mundo do trabalho; e especificidades dos diferentes programas. A realização de pesquisas pode contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre as peculiaridades da residência em enfermagem.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, B. G. C.; MOURA, V. L. F.; SÓRIA, D. A. C. Especialização nos moldes de residência em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 555-559, out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a08v57n5.pdf>. Acesso em: 10 maio 2018.

ALBUQUERQUE, E. M. **Avaliação da técnica de amostragem "respondent-driven sampling" na estimação de prevalências de doenças transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. 2009. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/Albuquerqueemm.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2018.

ALCOFORADO, L. M. A. et al. Residência em enfermagem, um processo de ensino ou de trabalho? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 340-354, 1978. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v31n3/0034-7167-reben-31-03-0340.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2018.

ALMEIDA, M. L.; PERES, A. M. Conhecimentos, habilidades e atitudes sobre a gestão dos formados de enfermagem de uma universidade pública brasileira. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medelín, v. 30, n. 1, p. 66-76, 2012. Disponível em: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/7823/10885>. Acesso em: 23 ago. 2018.

ALVES, E. D. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. **Revista Eletronica Gestão & Saúde**, v. 1, n. 1, fev. 2017.

ALVES, G. Trabalho, subjetividade e capitalismo manipulatório: o novo metabolismo social do trabalho e a precarização do homem que trabalha. **Estudos do Trabalho**, ano 5, n. 8, p. 1-31, 2011. Disponível em: <http://www.estudosdotrabalho.org/4_8%20Artigo%20ALVES.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2018.

ALVES, S. M. P. et al. A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3043-3050, out. 2015.

ALVES, T. C.; OLIVEIRA, W. F.; VASCONCELOS, E. M. A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 51-71, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n1/04.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2018.

AMARAL, A. E. E. H. B. Gestão de pessoas. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Org.). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 553-585.
ANDRADE, C. Y. Acesso ao ensino superior no Brasil: equidade e desigualdade social. **Revista Ensino Superior Unicamp**, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://www.revistaensinosuperior.gr.unicamp.br/edicoes/ed06_julho2012/Cibele_Yahn.pdf>. Acesso em: 18 set. 2018

ANTUNES, R. A nova morfologia do trabalho no Brasil: reestruturação e precariedade. **Nueva Sociedad**, Argentina, p. 44-59, jun. 2012. Disponível em: <http://nuso.org/media/articles/downloads/3859_1.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2018.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1995. v. 7.

ANTUNES, R. **O caracol e sua concha**: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. Boitempo, 2005.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2011.

ANTUNES, R.; BRAGA, R. (Org.). **Infoproletários**: degradação real do trabalho virtual. São Paulo: Boitempo, 2009.

ARAUJO, M. D. et al. Formas de produzir saúde no trabalho hospitalar: uma intervenção em psicologia. **Cadernos de Psicologia Social no Trabalho**, São Paulo, v. 5, p. 37-49, dez. 2002.

ARAÚJO, M. P. S.; MEDEIROS, S. M.; QUENTAL, L. L. C. Relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem: fragilidades e fortalezas. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. e7657, 2016. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n5/v24n5a09.pdf>. Acesso em: 29 maio 2018.

AZAMBUJA, E. P. et al. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem? **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 658- 666, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/08>. Acesso em: 15 dez. 2017.

AZEVEDO, C. E. F. et al. A estratégia de triangulação: objetivos, possibilidades, limitações e proximidades com o pragmatismo. In: IV ENCONTRO DE ENSINO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE, 4., 2013. Brasília. **Anais**... Brasília: EnEPQ, 2013.

BACKES, D. S. et al. Rousing new approaches to the nursing care management: a qualitative study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 8, n. 2, 2009.

BAGGIO, M. A. Relações humanas no ambiente de trabalho: o (des)cuidado de si do profissional de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 409-415, 2007.

BALDIN, N.; MUNHOZ, E. M. B. Educação ambiental comunitária: uma experiência com a técnica de pesquisa snowball (Bola de Neve). **REMEA - Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental**, v. 27, p. 46-60, dez. 2011.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 549-557, set. 2012.

BARBEIRO, F. M. S.; MIRANDA, L. V.; SOUZA, S. R. Nurse preceptors and nursing residents: interaction in the practice scenario. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 2, n. 3, p. 1080-1087, set. 2010. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/584/pdf_45>. Acesso em: 28 nov. 2017.

BARBOSA, G. B. et al. Trabalho e saúde mental dos profissionais da estratégia saúde da família em um município do estado da Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 306-315, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v37n126/a12v37n126.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2018.

BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2483-2495, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a23.pdf>. Acesso em: 25 maio 2017.

BARCELLOS DALRI, R. C. M.; CRUZ ROBAZZI, M. L. C.; SILVA, L. A. Riscos ocupacionais e alterações de saúde entre trabalhadores de enfermagem brasileiros de unidades de urgência e emergência. **Ciencia y Enfermería**, v. 16, n. 2, p. 69-81, 2010. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v16n2/art_08.pdf>. Acesso em: 05 set. 2017.

BARROS, A. L. B. L.; MICHEL, J. L. M. Curso de especialização em enfermagem - modalidade residência: experiência de implantação em um hospital-escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 5-11, jan. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n1/12428.pdf>. Acesso em: 4 out. 2017.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/08.pdf>. Acesso em: 27 set. 2017.

BATISTA, K. B. C.; GONCALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/07.pdf>. Acesso em: 23 out. 2016.
BECK, C. L. C. et al. Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção à saúde. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 490-495, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a09.pdf>. Acesso em: 26 set. 2017.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. (Org.). **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

BERQUÓ, E. et al. Segunda transição demográfica no Brasil?: significados e enigmas. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS. **População e desenvolvimento em debate**: contribuições da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Belo Horizonte: ABEP, 2015. p. 135-156, 2015. (Demografia em debate, v. 4).

BESSA, M. E. P. et.al. Riscos ocupacionais do enfermeiro atuante na estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 644-649, dez. 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a24.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2018.

BOLETIM INFORMATIVO SINTUPERJ. **Sindicato dos Trabalhadores das Universidades Públicas Estaduais**, Rio de Janeiro, ano 9, n. 274, 02 maio 2016. Disponível em: <http://www.sintuperj.org.br/wp-content/uploads/2017/08/Boletim-Sintuperj-274.pdf>. Acesso em: 20 maio 2017.

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. **Elementos de amostragem**. São Paulo: ABE - Projeto Fisher; Edgard Blücher, 2005.

BOMFIM, A. L. B. **Macrocompetências para o currículo dos programas de residência em medicina de família e comunidade de Fortaleza/CE**. 2015. 60 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10989/1/2014_dis_albbomfim.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2018.

BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2017.

BORGES, L. H.; MOULIN, M. G. B.; ARAÚJO, M. D. (Org.). **Organização do trabalho e saúde**: múltiplas relações. Vitória: EDUFES, 2001.

BOTTI, S. H. O. Desenvolvendo as competências profissionais dos residentes. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 11, supl. 1, p. 102-106, 2012. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=317>. Acesso em: 21 mar. 2018.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. T. A. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 65-85, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a04.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2017.

BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1585-1596, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/070.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2017.

BRAGA, L. M.; TORRES, L. M.; FERREIRA, V. M. Condições de trabalho e fazer em enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFJF**, Juiz de Fora, v. 1, n. 1, p. 55-63, jun. 2015. Disponível em: <https://enfermagem.ufjf.emnuvens.com.br/enfermagem/article/view/13/8>. Acesso em: 18 ago. 2018.

BRASIL. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 3, de 4 de maio de 2010. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. **Diário Oficial da**

União, Brasília, DF, n. 84, 05 de maio. 2010. Seção 1, p. 14. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15449-resol-cnrms-n3-04maio-2010&Itemid=30192>. Acesso em: 27 maio 2017.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 459, de 21 de agosto de 2014. Estabelece os requisitos mínimos para o registro de enfermeiro especialista, na modalidade de residência em enfermagem. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, n. 161, 22 ago. 2014. Seção 1, p. 267. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04592014_26170.html >. Acesso em: 16 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 1, de 8 de junho de 2007. Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pósgraduação lato sensu, em nível de especialização. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jun. 2007. Seção 1, p. 9. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces001_07.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 de nov. 2009a. Seção 1, p. 7. Disponível em: <http://semesp.org.br/portal/pdfs/juridico2009/Portarias/17.11.09/Portaria_n1.077_12_11_09.pdf>. Acesso em: 8 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Justiça. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis n.os 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 jul. 2005. p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>. Acesso em: 12 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para o serviço de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf >. Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em: 11 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificaao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2017/07/ANPPS.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2018.

BRITO, A. M. R., BRITO, M. J. M., SILVA, P. A. B. Perfil sociodemográfico de discentes de enfermagem de instituições de ensino superior de Belo Horizonte. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 328-333, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a13.pdf >. Acesso em: 9 ago. 2017.

CAERS, R. et al. Measuring community nurses' job satisfaction: literature review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 62, n. 5, p. 521-529, jun. 2008.

CALDAS JÚNIOR, A. L. A crise nos hospitais universitários: estratégia de privatização. **Universidade e Sociedade**, Brasília, v.9.n. 20, dez. 1999.

CAMPOS, C. M. S.; VIANA, N.; SOARES, C. B. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 82-91, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00082.pdf >. Acesso em: 22 jul. 2018.

CARBOGIM, F. C. et al. Residência em enfermagem: a experiência de Juiz de Fora do ponto de vista dos residentes. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 245-249, jun. 2010. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/616/321>. Acesso em: 16 ago. 2017.

CARDOSO, A. D. et al. Uso e disponibilidade de EPI (equipamentos de proteção individual) nos PSFs da zona urbana de Guanambi-BA. In: SEMANA ACADÊMICA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, 15., 2010. Bahia. **Anais...** Bahia: UNEB, 2010.

CASSIANI, S. H. B.; ZUG, K. E. Promovendo o papel da prática avançada de enfermagem na América Latina. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 673-674, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/pt_0034-7167-reben-67-05-0677.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2018.

CASTILHO, C. R. N. **A relação do processo de trabalho de enfermagem com o adoecimento desses profissionais**: uma pesquisa bibliográfica. 2010. 40 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28107/000767595.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2018.

CAVENAGHI, S.; BERQUÓ, S. Perfil socioeconômico e demográfico da fecundidade no Brasil de 2000 a 2010. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO LATINO AMERICANA DE POPULAÇÃO, 6., 2014. Lima. **Anais...** Lima; ALAP, 2014. Disponível em: <http://www.alapop.org/Congreso2014/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2014_FINAL250.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2018.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. A four-way approach to training in the health field: teaching, management, care, and social control. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2018.

CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 545-555, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a07v13s1.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2017.

CECÍLIO, L. C. O.; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 39-55, ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/05.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2017.

CHRISTOVAM, B. P.; PORTO, I. S.; OLIVEIRA, D. C. Nursing care management in hospital settings: the building of a construct. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 46, n. 3, p. 729-735, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/en_28.pdf >. Acesso em: 22 ago. 2018.

COELHO, R. A intensificação do trabalho como elemento dos chamados agravos psicossociais – a dicotomia do trabalho, que dignifica e adoece. **Boletim Científico ESMPU**, Brasília, ano 14, n. 44, p. 209-236, jun. 2015. Disponível em: <http://boletimcientifico.escola.mpu.mp.br/boletins/boletim-cientifico-n-44-janeiro-junho-2015/a-intensificacao-do-trabalho-como-elemento-dos-chamados-agravos-psicossociais-2013-a-dicotomia-do-trabalho-que-dignifica-e-adoece/>. Acesso em: 15 nov. 2017.

CORREIA, M. V. C. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? In: BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. (Org.) **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius - ADUFRJ, 2011. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/43985802/livro-cadernos-de-saude---sistema-unico-de-saude-estatal>. Acesso em: 9 set. 2017.

COSTA, D. O.; TAMBELLINI, A. T. A visibilidade dos escondidos. **Physis:** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 953-968, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a03.pdf>. Acesso em: 19 out. 2017.

COSTA, D. T.; MARTINS, M. C. F. Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder do médico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1191-1198, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en_v45n5a23.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018.

COSTA, R. L. M.; COSTA, I. L. S. Um ponto de Resistência: enfermagem, medicina e gênero no contexto hospitalar. **Caderno Espaço Feminino**, Uberlândia, v. 30, n. 2. P. 357-366, dez. 2017. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/neguem/article/view/39015>. Acesso em: 17 maio 2018.

COSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R.; FERREIRA, C. L. L. Maus tratos institucionais no ambiente de trabalho em saúde: propostas que podem modificar esta realidade. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 481-485, set. 2008. Disponível em: <http://www. seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6778/4081>. Acesso em: 07 ju. 2018.

CRESWELL, J. W. **Qualitative inquiry and research design**: choosing among five approaches. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 2007.

CRUZ, D. **A privatização da saúde e as organizações sociais**. 15 dez. 2009. Disponível em: <https://www.pstu.org.br/a-privatizacao-da-saude-e-as-organizacoes-sociais/>. Acesso em: 15 jun. 2016.

CUNHA, A. C.; MAURO, M. Y. C. Educação continuada e a norma regulamentadora 32: utopia ou realidade na enfermagem? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 305-313, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n122/a13v35n122.pdf>. Acesso em: 17 maio 2017.

D'AVILA, T. B. **Satisfação no trabalho de enfermeiros recém-egressos.** 2012. 81 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/eedin/Downloads/Thais_Brito_DAvila.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. O. Trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 439-444, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_17.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.

DAL ROSSO, S. Crise socioeconômica e intensificação do trabalho. In: ANTUNES, R. (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II**. São Paulo: Boitempo, 2013.
DE MARCHI BARCELLOS DALRI, R. C.; DO CARMO CRUZ ROBAZZI, M. L.; ALMEIDA DA SILVA, L. Riscos ocupacionais e alterações de saúde entre trabalhadores de enfermagem brasileiros de unidades de urgência e emergência. **Ciencia y enfermeria**, Concepción, v. 16, n. 2, p. 69-81, ago. 2010. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v16n2/art_08.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2018.

DE MARCO, M. A. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 60-72, abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v30n1/v30n1a10.pdf >. Acesso em: 22 maio 2018.

DEJOURS C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez; Oboré, 1992.

DEJOURS, C. A sublimação, entre sofrimento e prazer no trabalho. **Revista Portuguesa de Psicanálise**, v. 33, n. 2, p. 9-28, 2013. Disponível em: <https://docplayer.com.br/24920304-A-sublimacao-entre-sofrimento-e-prazer-no-trabalho-1.html>. Acesso em: 8 abr. 2018.

DEJOURS, C. Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo15, 2004. p. 47-104.

DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2010.
DELORS, J. (Coord.). **Educação um tesouro a descobrir**: relatório para a Unesco da comissão internacional sobre a educação para o século XXI. 6. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2001.

DELUIZ, N. A globalização econômica e os desafios à formação profissional. **Boletim Técnico do Senac**, v. 30, n. 3, p. 73-79, 2017. Disponível em: <http://www.bts.senac.br/index.php/bts/article/view/500>. Acesso em: 2 jul. 2018.

DENZIN, N.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 2000.
DESLANDES, S. F. **Frágeis deuses**: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a28.pdf>. Acesso em:
EBERHARDT, L. D.; CARVALHO, M.; MUROFUSE, N. T. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 18-29, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00018.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2018.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latina-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 517-525, ago. 2006. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a08.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2017.

ERDMANN, A. L.; BACKES, D. S.; MINUZZI, H. Care management in nursing under the complexity view. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 7, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1033/313>. Acesso em: 17 maio 2018.

ERDMANN, A. L.; FERNANDES, J. D.; TEIXEIRA, G. A. Panorama da educação em enfermagem no Brasil: graduação e pós-graduação. **Enfermagem em Foco**, v. 2, p. 89-93, maio 2011. Disponível em:
<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/91/76>. Acesso em: 23 fev. 2018.

ESPINSULA, K. D. **Trabalhadores da Saúde no SUS**: Vínculos frágeis- implicações complexas. 2008. 156 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/5395/1/tese_2571_.pdf>. Acesso em: 5 out. 2018.

FEDERAÇÃO DOS SINDICATOS DOS TRABALHADORES DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS BRASILEIRAS. **Proposta de projeto de hospitais universitários e de ensino**: construindo um projeto para HUs. Brasília: FASUBRA, 2008. Disponível em: <http://www.sintufrj.org.br/legislacao/projeto_hu%20FASUBRA.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2017.

FELLI, V. E. A. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 4, p. 178-181, nov. 2012. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/379/170>. Acesso em: 16 jul. 2018.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em Enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 1-12.

FERNANDES, J. D. et al. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 443-9, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/10.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2018.

FERNANDES, J. D. Expansão de cursos/vagas de Graduação em Enfermagem e a qualidade do processo de formação da(o) enfermeira(o). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 395-396, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a01.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2018.

FERNANDES, J. D.; REBOUÇAS, L. C. Uma década de diretrizes curriculares nacionais para a graduação em enfermagem: avanços e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, p. 95-101, set. 2013.

FERNANDES, J. S. et al. A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo. v. 46, n. 2, p. 404-412, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a19v46n2.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2018.

FERRAZ, F. **Contexto e processo de desenvolvimento das comissões permanentes de integração ensino-serviço:** perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Freire. 2011. 421 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/95003/292132.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 fev. 2018.

FERREIRA, E. S. et al. A relevância do cuidado de si para profissionais de enfermagem. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 14, n. 1, p. 978-985, mar. 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/23360/14206>. Acesso em: 15 ago. 2018.

FERREIRA, J. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 10, n. 21, p. 327-329, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ha/v10n21/20633.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2018.

FERREIRA, R. C. et al. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 259-268, fev. 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000200008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 8 nov. 2017.

FERREIRA, R. G. "Duras tecnologias Leves" nas ações da enfermagem em saúde mental: ferramentas ao subsídio da prática. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 7, n. 4, p. 66-77, dez. 2016. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/370/272>. Acesso em: 14 nov. 2017.

FERRINHO, P. (Coord.). **Violência no local de trabalho no sector da saúde**: estudos de caso portugueses, relatório final, julho de 2002. Lisboa: Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta, 2002.

FORTES, M. T.; MATTOS, M. A.; BAPTISTA, T. W. F. Acreditação ou Acreditações? Um comparativo entre a acreditação na França, no Reino Unido e na Catalunha. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 2, p. 239-246, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n2/v57n2a25.pdf>. Acesso em: 8 maio 2018.

FRANÇA, F. M. et al. Burnout e os aspectos laborais na equipe de enfermagem de dois hospitais de médio porte. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, p. 961-970, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_19.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2017.

FRANCO, G. P.; BARROS, A. L. B. L.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 139-144, abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a02.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2018.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 229-248, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n122/a06v35n122.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2018.

FREIRE P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 37 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GADOTTI, M. **Concepção dialética da educação**: um estudo introdutório. 7 ed. São Paulo: Cortez; Autores Associados, 1990.

GADOTTI, M. Trabalho e educação numa perspectiva emancipatória. In: FÓRUM MUNDIAL DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA: democratização, emancipação e sustentabilidade. 2., 2017, Florianópolis, **Anais...** Florianópolis: [s. n.], 2017. Disponível em: <https://sites.google.com/site/eticaeseguranca dotrabalho/trabalho-e-educacao-numa-perspectiva-emancipatoria>. Acesso em 22 jul. 2018.

GALLAS, S. R.; FONTANA, R. T. Biossegurança e a enfermagem nos cuidados clínicos: contribuições para a saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 786-792, out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/15.pdf>. Acesso em:25 jan. 2018.

GARCIA, S. D. et al. Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, p. 339-346, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a21.pdf>. Acesso em: 1 set. 2018.

GERBERICH, S. G. et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. **Occupational & Enviromental Medicine,** v. 61, n. 6, p. 495–503, jun. 2004. Disponível em: <https://oem.bmj.com/content/oemed/61/6/495.full.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2018.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Orgs.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GERNET, I. Psicodinâmica do reconhecimento. In: MENDES, A. M. et al. (Org.). **Psicodinâmica e clínica do trabalho**: temas, interfaces e casos brasileiros. Curitiba: Juruá, 2010. p. 61-76.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2007.
GÓIS, O. S.; MEDEIROS, S. M.; GUIMARÃES, J. Neoliberalismo e Programa Saúde da Família: a propósito do trabalho precarizado. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, v. 4, n. esp., p. 1204-1210, jun. 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/eedin/Downloads/1098-11670-1-PB%20(3).pdf>. Acesso em: 25 out. 2017.

GONÇALVES, F. G. A. et al. Impactos do neoliberalismo no trabalho hospitalar de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 646-653, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00646.pdf>. Acesso em: 4 set. 2018.

GONÇALVES, F. G. A. et al. O Modelo neoliberal e suas implicações para a saúde do trabalhador de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 519-25, ago. 2014. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a14.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2018.

GONÇALVES, F. G. A. et al. O Modelo neoliberal e suas repercussões para o trabalho e para o trabalhador de enfermagem. **Revista Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 11, p. 6352-6359, nov. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/12279/14933>. Acesso em: 2 maio 2018.

GOULART, B. F.; COELHO, M. F.; CHAVES, L. D. P. Equipe de enfermagem na atenção hospitalar: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 2, p. 386-95, fev. 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/272020626_EQUIPE_DE_ENFERMAGEM_NA_ATENCAO_HOSPITALAR_REVISAO_INTEGRATIVA>. Acesso em: 19 maio 2018.

GRAZZIANO, E. S.; FERRAZ BIANCHI, E. R. Impacto delestrés ocupacional y burnout em enfermeros. **Enfermeria Global**, n. 18, p. 1-20, fev. 2010. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/revision1.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2018.

GRIEP, R. H. et al. Enfermeiros dos grandes hospitais públicos no Rio de Janeiro: características sociodemográficas e relacionadas ao trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 151-157, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea19.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

HASENBALG, C. A.; SILVA, N. V. Raça e oportunidades educacionais no Brasil. **Cadernos de pesquisa**, n. 73, p. 5-12, maio 1990. 2013.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HERZBERG, F.; MAUSNER, B.; SNYDERMAN, B. B. **The motivation to work**. New Brunswick, USA: Transaction publishers, 2011.

IBAÑEZ, N. et. al. Organizações sociais e saúde: o modelo do Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p. 391- 404, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7010.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse estatística da educação superior 2015**. Brasília; Inep,2016. Disponível em: <http://inep.gov.br/sinopses-estatisticas-da-educacao-superior>. Acesso em: 1 ago. 2018.

JESUS, B. H. et al. Inserção no mercado de trabalho: trajetória de egressos de um curso de graduação em enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 336-345, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127728367019>. Acesso em: 13 fev. 2018.

JOINT COMMISSION. **About the Joint Commission**. 2011. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx>. Acesso em: 23 mai. 2018.

KAISER, D. E.; BIANCHI, F. A violência e os profissionais da saúde na atenção primária. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 362-366, set. 2008. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6755/4057>. Acesso em: 25 maio 2018.

KALLEBERG, A. L. O crescimento do trabalho precário: um desafio global. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 24, n. 69, p. 21-30, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v24n69/02.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2018.

KANAN, L. A.; ARRUDA, M. P. A organização do trabalho na era digital. **Estudos de Psicologia**, v. 30, n. 4, p. 583-591, 2013.

KANNO, N. P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da estratégia saúde da família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde e Sociedade,** São Paulo, v.21, n.4, p. 884-894, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a08.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2018.

KARASEK, R. **Demand/control model**: a social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development. Geneva: International Labour Organization, 2005.

KESSLER, A. I.; KRUG, S. B. F. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 33, n. 1, p. 49-55, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a07v33n1.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

KESTENBERG, C. C. F. A habilidade empática é socialmente aprendida: um estudo experimental com graduandos de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ,** v. 21, n. 4, p. 427-433, 2013. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/8892/6754>. Acesso em: 31 ago. 2018.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. C. Committee on Quality of Health Care; Institute of Medicine. **To err is human**: building a safer health system. Washington: National Academy Press, 2000.

KONDER, L. **O que é dialética**? São Paulo: Brasiliense, 1992.

KRAEMER, F. Z.; DUARTE, M. L. C.; KAISER, D. E. Autonomia e trabalho do enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 487-494, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n3/08.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2018.

KRUG, E. G. et al. (Ed.). **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.) Apresentação. In: **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo15, 2004. p. 33-34.

LEITE, M. P. Entre a ‘guerra’ e a ‘paz’: Unidades de Polícia Pacificadora e gestão dos territórios de favela no Rio de Janeiro. **Dilemas:** Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**,** v. 7, n. 4, p. 625-642, dez. 2014. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/dilemas/article/view/7270/5850>. Acesso em: 31 maio 2018.

LELIS, C. M. et al. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 477-482, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a25.pdf >. Acesso em: 15 abr. 2018.

LIMA, M. B. et al. Agentes estressores em trabalhadores de enfermagem com dupla ou mais jornada de trabalho. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3259-3266, mar. 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750897010.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2018.

LOPES, G. T. **Os desafios do cotidiano da residência de enfermagem do HUPE/UERJ**. 1998. 185 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

LORENZETTI, J. et al. Gestão em saúde no brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-425, jun. 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00417.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2018.

LUNA, G. L. M.; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L. J. E. S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 481-491, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a25.pdf>. Acesso em: 18 set. 2018.

MACHADO M. H. et al. **Relatório final da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil.** Rio de Janeiro: NERHUS-DAPS-Ensp/Fiocruz e Cofen; 2015. 28 v.

MACHADO, M. H. et al. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros técnicos e auxiliares. **Enfermagem em Foco**, v. 7, p. 15-34, jan. 2016a. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/687/297>. Acesso em: 19 set. 2018.

MACHADO, M. H. et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sociodemográfico. **Enfermagem em Foco**, v. 7, p. 9-14, jan. 2016b. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686/296>. Acesso em: 15 jul. 2018.

MACHADO, M. H. et al. Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. **Enfermagem em Foco**, v. 7, p. 35-53, jan. 2016c. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/691/301>. Acesso em: 27 ago. 2018.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSES, N. M. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). **O trabalho em saúde**: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ: ObservaRH, 2011. p. 103-116. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/uploaded/6_10_2014__0_livro_o_trabalho_em_saude.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2018.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 3, p. 119-122, ago. 2012. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/294/156>. Acesso em: 31 ago. 2018.

MACHADO, W. C. A. Gênero, saúde e enfermagem: a inserção do masculino no cuidado de enfermagem. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.3, n.2, p. 58-68, jul. 2004. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/4922/pdf_770>. Acesso em: 25 maio 2018.

MAFRICA, L. et al. ONS 2002 environmental scan: a basis for strategic planning. **Oncology Nursing Forum**, v. 29, n. 9, p. 99-109, 2002.

MAGALHÃES, A. M. M.; DALL'AGNOL, C. M.; MARCK, P. B. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente-estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 146-154, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_19.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2018.

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 429-435, jun. 2010a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_19.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2018.

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Condições de trabalho, características sociodemográficas e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 187-193, abr. 2010b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/06.pdf >. Acesso em: 27 set. 2018.

MANCIA, J. R.; PADILHA, M. I. C. S.; REIBNITZ, K. S. A contribuição dos SENADEns para a construção das diretrizes curriculares da enfermagem. In: 6º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação de Enfermagem, 6., 2002, Teresina. **Anais**... Teresina: ABEn-PI, 2002.

MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M.; CORRÊA, A. R. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 388-394, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a17v46n2.pdf>. Acesso em: 25 maio 2018.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1107-1111, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/36.pdf >. Acesso em: 15 ago. 2018.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1667-1676, 2013.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política. 22. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. v. 1.

MAURO, M. Y. C. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 244-252, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/05.pdf>. Acesso em: 31 maio 2018.
MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009.

MELO, M. B.; BARBOSA, M. A.; SOUZA, P. R. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, p. 1047-1055, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_26.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

MENDES, A. C. G. et al. Condições e motivações para o trabalho de enfermeiros e médicos em serviços de emergência de alta complexidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 161-166, abr. 2013.

MENEZES, D. H. L. **A prática profissional do serviço social nos hospitais universitários**. Curitiba: Prismas, 2017.

MESTRINHO, M. G. Modelos de formação em enfermagem e desenvolvimento curricular: transição para um novo profissionalismo docente. **Pensar Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 1-30, 2012. Disponível em: < http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE16-2_Artigo1_2-30(1).pdf>. Acesso em: 27 jul. 2018.

MEYER, D. E. Teorias e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 1, p. 13-18, fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n1/a03v57n1.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

MININEL, V. A.; BAPTISTA, P. C. P.; FELLI, V. E. A. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 340-347, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_16.pdf >. Acesso em: 7 abr. 2018.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas no ensino aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, sup. 2, p. 2133-2144, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a18.pdf>. Acesso em: 25 maio 2018.

MONTEIRO, R. P. et al. O processo de transição profissional na perspectiva de técnicos de enfermagem que se tornaram enfermeiros. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 777-86, 2014.

MORAIS FILHO, L. A. **Violência ocupacional contra profissionais de saúde em um hospital de urgência, Natal-RN, 2009**. 2009. 158 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/14685/1/LuisAMF_DISSERT.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2018.

MOZINI, A. F. **Motivação e satisfação no trabalho docente em uma instituição de ensino superior particular**: estudo de caso. 2010. 100 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) - Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente, São Paulo, 2010.

NASSIF, V. M. J.; HANASHIRO, D. M. M.; TORRES, R. R. Fatores que influenciam na percepção das competências para o exercício da docência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 44, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v15n44/v15n44a12.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2017.

NEMES, M. I. B. et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação de serviços em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, supl. 2, p. s310-s321, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/24.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2018.

NEVES, C. E. B.; RAIZER, L.; FACHINETTO, R. F. Acesso, expansão e equidade na educação superior: novos desafios para a política educacional brasileira. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 9, n. 17, p. 124-157, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n17/a06n17.pdf>. Acesso em: 15 set. 2018.

NOVATZKI FORTE, E. C. et al. Abordagens teóricas sobre a saúde do trabalhador de enfermagem: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 3, p. 604-611, 2014. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35379/23258>. Acesso em: 25 jul. 2018.

NUNES, E. C. D. A.; SILVA, L. W. S.; PIRES, E. P. O. R. O ensino superior de enfermagem: implicações da formação profissional para o cuidado transpessoal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto,, v. 19, n. 2, p. 252-260, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_05.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2018.

OLIVEIRA, E. B. et al. Nursing work in hospital emergency units – psycho social risks: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 12, n. 1, p. 73-88, mar. 2013. Disponível em: < http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4046/html>. Acesso em: 2 jun. 2018.

OLIVEIRA, G. S.; KOIFMAN, L.; PINHEIRO, R. Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2006. p. 205-26.

OLIVEIRA, M. M. Metodologia interativa: um processo hermeneutico-dialético. **Interfaces Brasil/Canadá**, v. 1, n.1, p. 67-78, 2001.

OLIVEIRA, W. I. A.; AMORIM, R. C. A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, n. 2, p. 191-198, jun. 2008. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5580/3191>. Acesso em: 21 maio 2018.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde**. 6. ed. Brasília: ONA, 2010.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual para avaliação e certificação de organizações prestadoras de serviços hospitalares**. Brasília: ONA, 2004.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Informe para discusión em la reunión de expertos encargada de elaborar un repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia y el estrés en el sector de los serviços**: una amenaza para la productividad y el trabajo decente. Genebra: OIT; 2003.

ORO, J.; MATOS, E. Possibilidades e limites de organização do trabalho de enfermagem no modelo de cuidados integrais em instituição hospitalar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 500-508, jun. 2013.
]
PAHIM, M. L. L. **Organizações sociais de saúde no estado de São Paulo**: inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de Estado de Saúde. 2009. 248 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010 . Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2018.

PALHARES GUIMARAES, E. M.; HAUEISEN MARTIN, S.; PAOLINELLI RABELO, F. C. Educação permanente em saúde: reflexões e desafios. **Ciencia y enfermería**, Concepción , v. 16, n. 2, p. 25-33, ago. 2010. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v16n2/art_04.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2018.

PEDROSA, I. C. F.; CORRÊA, A. C. P.; MANDÚ, E. N. T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 58-65, 2011. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13288/pdf>. Acesso em: 29 ago. 2018.

PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A equipe de Saúde. In: SCHRAIBER, L. B, NEMES, M. I. B., MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 234-250.

PERNA, P.; NOLASCO, M. M. O materialismo histórico-dialético e a teoria da intervenção práxica da enfermagem em saúde coletiva: a demarcação do ‘coletivo’para a ação da enfermagem. **Revista Trabalho Necessário**, v. 6, n. 6, 2018. Disponível em: <http://periodicos.uff.br/trabalhonecessario/article/view/4631/4267>. Acesso em: 27 jul. 2018.

PERTENCE, P. P.; MELLEIRO, M. M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1024-1031, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/24.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2018.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da estratégia saúde da família em Ceará-Mirim. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 657-664, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/15.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2018.

PIRES, A. S. et al. A formação de enfermagem na graduação: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 705-711, out. 2014.
PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/15.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

PORTELLA FONTES, A.; LIBERALESSO NERI, A.; SANCHES YASSUDA, M. Enfrentamento de estresse no trabalho: relações entre idade, experiência, autoeficácia e agência. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 30, n. 3, p. 620-633, set. 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282021784012>. Acesso em: 20 maio 2018.

PRATA, J. A.; PROGIANTI, J. M.; PEREIRA, A. L. F. O contexto brasileiro de inserção das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 105-110, 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4003/2772>. Acesso em: 15 abr. 2018.

PRESTES, F. C. et al. Prazer-sofrimento dos trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 738-745, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n4/a18v31n4.pdf>. Acesso em:21 amr. 2018.

PÜSCHEL, V. A. A.; INÁCIO, M. P.; PUCCI, P. P. A. Inserção dos egressos da escola de enfermagem da USP no mercado de trabalho: facilidades e dificuldades. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 535-542, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a06v43n3.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018.

QUITETE, J. B.; VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M. Uma análise reflexiva do feminino das profissões. **História da Enfermagem-Revista Eletrônica**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 223-239, dez. 2010. Disponível em: <http://www.here.abennacional.org.br/here/n2vol1ano1_artigo1.pdf >. Acesso em: 25 jul. 2018.

REASON, J. Beyond the organizational accident: the need for “error wisdom” on the frontline. **BMJ Quality & Safety**, v. 13, supl. 2, p. 28-33, dez. 2004. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/13/suppl_2/ii28>. Acesso em: 12 ago. 2018.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. Segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, jul. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/18.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2018.

REZENDE, C. A. P. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Org.) **Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-Ssind, 2008.

RIBEIRO, A. C. A. et al. Resiliência no trabalho contemporâneo: promoção e/ou desgaste da saúde mental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 4, p. 623-633, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n4/a13v16n4.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2018.

RIBEIRO, K. R. B.; DO PRADO, M. L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 161-165, 2013. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/43731/28959>. Acesso em: 16 fev. 2018.

RIBEIRO, R. P. et al. O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 495-504, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a31v46n2.pdf>. Acesso em: 25 maio 2018.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/caps>. Acesso em: 12 maio 2018.

RIO, J. J. A segurança pública e a crise do estado brasileiro. **Jornal da Fundação**, Marília, fev. 2013. Disponível em: <https://www.univem.edu.br/jornal/materia.php?id=250>. Acesso em: 17 jun. 2018.

RISSARDO, M. P.; GASPARINO, R. C. Exaustão emocional em enfermeiros de um hospital público. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 128-132, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/18.pdf>. Acesso em: 25 maio 2018.

RODGER, G. L. Developing global leaders through doctoral education. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 816-820, out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n5/v12n5a16.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018.

RODRIGUES, E. P. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 296-301, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0296.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2018.

ROSA, L. C. S.; CAMPOS, R. T. O. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 114, p. 311-331, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n114/n114a06.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2018.

ROSENSTOCK, K. I. V. et al. Aspectos éticos no exercício da enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 4, p. 727-733, dez. 2011. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/25444/17067>. Acesso em: 15 amr. 2018.

SANCINETTI, T. R. et al. Absenteísmo - doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 43, n. spe 2, p. 1277-1283, dez. 2009. Acesso em: 15 set 2018.

SANTANA, A. M. Mulher mantenedora/homem chefe de família: Uma questão de gênero e poder. **Revista Fórum Identidades**, Itabaiana, ano 4, v. 8, n. 8, dez. 2013. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/forumidentidades/article/view/1781/1570>. Acesso em: 21 set. 2018.

SANTOS, G. N. B. Neoliberalismo e seus reflexos na política de saúde no Brasil. In: SEMINÁRIO FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 7., 2017, Maceió-Alagoas. **Anais**... Maceió: SUS, 2017. Disponível em: <www.seer.ufal.br/index.php/anaisseminariofncps/article/download/3954/2785>. Acesso em: 15 abr. 2018.

SANTOS, I.; CASTRO, C. B. Características pessoais e profissionais de enfermeiros com funções administrativas atuantes em um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 154-160, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a22v44n1.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2018.

SANTOS, J. L. G. et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/16.pdf>. Acesso em: 8 maio 2018.

SANTOS, L. A. C.; FARIA, L. As ocupações supostamente subalternas: o exemplo da enfermagem brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 35-44, 2008. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sausoc/2008.v17n2/35-44/pt>. Acesso em: 25 set. 2018.

SANTOS, P. S. et al. A relação entre médicos e enfermeiros do Hospital Regional de Cáceres Dr. Antônio Fontes: a perspectiva do enfermeiro. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, Cáceres, n. 4, p. 10-28, dez. 2015. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/911/895>. Acesso em: 24 abr. 2018.

SANTOS, S. D. M. A precarização do trabalho docente no Ensino Superior: dos impasses às possibilidades de mudanças. **Educar em Revista**, Curitiba, n. 46, p. 229-244, dez. 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/er/n46/n46a16.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2018.

SANTOS, T. M. B.; FRAZÃO, I. S.; FERREIRA, D. M. A. Estresse ocupacional em enfermeiros de um hospital universitário. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 1, p. 76-81, mar. 2011. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21115/13941>. Acesso em: 14 set. 2018.

SÃO PAULO (Estado). Lei Complementar no 846, de 4 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo [on-line]. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/1998/lei.complementar-846-04.06.1998.html>. Acesso em: 21 de out. 2016.

SARDINHA PEIXOTO, L. et al. Educación permanente, continuada y de servicio: desvelando sus conceptos. **Enfermería global**, v. 12, n. 29, p. 307-322, 2013.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S.; MARZIALE, M. H. P. Qualidade de vida no trabalho: avaliação da produção científica na enfermagem brasileira. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 330-337, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt_a16v21n2.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2018.

SCHMOELLER, R. et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 368-377, jun. 2011. Disponível em: < ttp://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a22v32n2.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2018.

SELIGMANN-SILVA, E. et al. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 187-191, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n122/a02v35n122.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2018.

SHOJI, S. **Egressos de enfermagem e suas percepções sobre o mundo do trabalho em saúde**. 2017. 210 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

SHULMAN, L. S. Those who understand: knowledge growth in teaching. **Journal of Education**, v. 193, n. 3, p. 1-11, 2013.

SILVA DE PAULA, G. et al. O sofrimento psíquico do profissional de enfermagem da unidade hospitalar. **Aquichan**, v. 10, n. 3, dez. 2010. Disponível em: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1744/2328>. Acesso em: 02 jun. 18.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-41.

SILVA, A. A.; ROTENBERG, L.; FISCHER, F. M. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1117-1126, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/2314.pdf>. Acesso em: 25 maio 2018.

SILVA, B. M. et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 442-448, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a08.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2018.

SILVA, D. M. P. P; MARZIALE, M. H. P. Condições de trabalho versus absenteísmo-doença no trabalho de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, p. 166-172, 2006. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5187/3355>. Acesso em: 15 fev. 2018.

SILVA, I. M. B. P. **A relação conflituosa entre médicos e enfermeiras no contexto hospitalar**. 2006. 156 f. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/19/arelacaoconflituosaentremedicoseenfermeirasnocontextohospitalar.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2018.

SILVA, I. V.; AQUINO, E. M. L.; PINTO, I. C. M. Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2112-2122, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n10/0102-311X-csp-30-10-2112.pdf >. Acesso em: 02 jun. 2018.

SILVA, K. L. et al. Desafios da formação do enfermeiro no contexto da expansão do ensino superior. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 380-387, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127722728024>. Acesso em: 12 jul. 2018.

SILVA, L. A. A. et al. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 557-61, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n3/v31n3a21.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2018.

SILVA, L. R. UNESCO: Os quatro pilares da "educação pós-moderna. **Revista Inter Ação**, v. 33, n. 2, p. 359-378, dez. 2008. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/interacao/article/view/5272/4689>. Acesso em: 13 jul. 2018.

SILVA, R. R. A racionalidade da administração pública no Brasil. **Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social**, v. 1, n. 1, 2017.

SILVEIRA, R. S. et al. Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca da satisfação no contexto do trabalho na UTI. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 2, p. 93-96, maio 2012. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/262/150>. Acesso em: 28 jun. 2018.

SIMÃO, S. A. F. Acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 400-404, set. 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a11.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2018.

SOARES, L. S; SILVA, G. R. F. Saúde, trabalho e neoliberalismo: entendendo o adoecimento da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v.3, n.1, p.141-144, mar. 2014. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1128/pdf >. Acesso em: 25 maio 2018.

SOBRAL, F. R.; CAMPOS, C. J. G. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 208-218, 2012.

SOUZA, J. et al. Intervenções de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas: das políticas à prática cotidiana. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 729-738, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/02.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2018.

SOUZA, M. F. G.; SANTOS, A.D. B.; MONTEIRO, A. I. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 167-173, abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/03.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2018.

SOUZA, N. V. D. O. et al. O trabalho da enfermagem e a criatividade: adaptações e improvisações hospitalares. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17. n. 3, p. 356-361, jul. 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a10.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2018.

SOUZA, N. V. D. O. et al. Perfil socioeconômico e de saúde dos trabalhadores de enfermagem da Policlínica Piquet Carneiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 232-240, 2012

SOUZA, N. V. D. O. et al. Repercussões psicofísicas na saúde dos enfermeiros da adaptação e improvisação de materiais hospitalares. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 236-243, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/04.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2018.

TAVARES, K. F. A. et al. Ocorrência da síndrome de Burnout em enfermeiros residentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 260-265, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0260.pdf >. Acesso em: 4 set. 2018.

TEIXEIRA, E. et al. Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 102-110, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea14.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2018.

TEIXEIRA, J. C.; NASCIMENTO, M. C. R.; ANTONIALLI, L. M. A triangulação metodológica na divisão de administração pública e gestão social do EnANPAD: analisando a área mais representativa entre os estudos que utilizaram a Triangulação nos anais de 2007 a 2009. In: ENCONTROS DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E GOVERNANÇA, 4., 2010, Vitória. **Anais...** Vitória: EnAPG, 2010. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnAPG/enapg_2010/2010_ENAPG476.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

TOMEY, A. M. Nursing leader ship and management effects work environments. **Journal of Nursing Management**, v. 17, n. 1, p. 15-25, jan. 2009. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2834.2008.00963.x>. Acesso em: 25 set. 2018.

TOZETTO, S. S. Os saberes da experiência e o trabalho docente. **Teoria e Prática da Educação**, v. 14, n. 3, p. 17-24, dez. 2011. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/TeorPratEduc/article/view/14696/9638>. Acesso em: 7 abr. 2018.

TRAUTMAN, D. A. **Educação, ética e tecnologia**: impressões e reflexões. 2002. 114 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível em: <http://www.inf.ufsc.br/~edla.ramos/orientacoes/trautmandagmar.pdf>. Acesso em: 23 maio 2018.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas; 2011.

TUZZO, S. A.; BRAGA, C. F. Pesquisa qualitativa uma possibilidade de triangulação por métodos, fenômenos e sujeitos. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 4., 2015, Aracajú. **Anais...** Aracajú: CIAIQ, 2015. v. 3. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/163/159>. Acesso em: 16 maio 2018.

UNIVERSIA BRASIL. **Residência médica no Brasil**. 2008. Disponível em: <http://noticias.universia.com.br/destaque/noticia/2008/04/04/422277/esidncia-medica-brasil.html#>. Acesso em: 23 out. 2016.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Faculdade de Enfermagem. 2016. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/index.php/estrutura-2>. Acesso em: 20 set. 2016.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO. Deliberação UERJ nº 026, de 10 de outubro de 2012. Autoriza a Criação do Curso de Especialização em Enfermagem na modalidade Residência. **Boletim da UERJ**, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.boluerj.uerj.br/pdf/de_00262012_10102012.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2013.

VALERETTO, F. A.; ALVES, D. F. Fatores desencadeantes do estresse ocupacional e da síndrome de Burnout em enfermeiros. **Revista Saúde Física & Mental**, v. 3, n. 2, dez. 2013. Disponível em: <http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/SFM/article/view/1192/1038>. Acesso em: 9 set. 2018.

VARGAS, D.; DIAS, A. P. V. Depression prevalence in Intensive Care Unit nursing workers: a study at hospitals in a northwestern city of São Paulo State. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1114-1121, out. 2011.

VARGAS, M. L. F. Ensino superior, assistência estudantil e mercado de trabalho: um estudo com egressos da UFMG. **Avaliação (Campinas)**, Sorocaba, v. 16, n. 1, p. 149-163, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aval/v16n1/v16n1a08.pdf>. Acesso em: 7 set. 2018.

VASCONCELLOS, I. R. R.; ABREU, A. M. M.; MAIA, E. L. Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 167-175, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/24.pdf >. Acesso em: 20 abr. 2018.

VERIGUINE, N. R. et al. Da formação superior ao mercado de trabalho: percepções de alunos sobre a disciplina de orientação e planejamento de carreira em uma universidade federal. **Revista Electrónica de Investigación y Docencia**, n. 4, p. 79-96, jul. 2010. Disponível em: <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/1020/860>. Acesso em: 13 set. 2018.

VERSA, G. L. G. S. et al. Influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado ao paciente crítico. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 796-802, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/20.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2018.

VIANA, L. O. **A formação do enfermeiro no Brasil e as especialidades**: 1920-1970. 1995. 177 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 1995.

VIEIRA, A. P. M.; KURCGANT, P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 11-15, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/02.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2018.

VIEIRA, H. C.; CASTRO, A. E.; SCHUCH JÚNIOR, V. F. O uso de questionários via e-mail em pesquisas acadêmicas sob a ótica dos respondentes. In: SEMINÁRIOS EM ADMINISTRAÇÃO, 13., 2010, São Paulo. **Anais**... São Paulo: SemeAd, 2010. Disponível em: <http://www.pucrs.br/ciencias/viali/recursos/online/inquiries/O%20uso%20de%20question%C3%A1rios%20via%20e-mail%20em%20pesquisas%20acad%C3%AAmicas%20sob%20a%20%C3%B3tica%20dos.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Comprehensive mental health action plan 2013-2020**. Geneva: WHO; 2013.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.

ZAMPIERON, A. et al. Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. **Journal of Clinical Nursing**, v. 19, n. 15-16, p. 2329-2341, ago. 2010.

ZANONI, C. S. et al. Contribuições da residência em enfermagem na atuação profissional de egressos. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, supl., p. 215-224, ago. 2015. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/19283/16927>. Acesso em: 28 jun. 2018.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados – roteiro de entrevista

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL

Entrevista nº _____ Data da Entrevista:___/___/___

1. Identificação

Iniciais no nome:	
Idade em anos:	Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
Ano de ingresso na Residência:	Programa de Residência:

2.Como você vê o mundo do trabalho na área da saúde e na área da enfermagem?

3.Considerando o panorama traçado por você,

3.1 - Identifica possibilidades?

3.2 - Quais seriam as adversidades?

4.Como você enfrenta as adversidades do mundo do trabalho atual?

5. O curso de residência lhe ajudou a construir estratégias para o enfrentamento das adversidades do mundo do trabalho? Como?

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados – questionário

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO

Esse questionário destina-se a coletar dados sobre a pesquisa intitulada "Perspectivas de egressos da residência de enfermagem acerca das contribuições do curso para a vivência do mundo laboral". Neste sentido, o estudo tem como objetivos: (1) Identificar o perfil sociodemográfico e laboral de egressos de um curso de residência em enfermagem; (2) Descrever a percepção de egressos de um curso de residência em enfermagem sobre o mundo do trabalho em saúde e em enfermagem;(3) Analisar as estratégias de enfrentamento adotadas pelos egressos do curso de residência de enfermagem para lidar com as adversidades do mundo do trabalho; e (4) Discutir as contribuições do aprendizado no curso de residência em enfermagem para o enfrentamento das adversidades no mundo do trabalho, segundo o ponto de vista dos egressos do curso.

A. Identificação do questionário

A1. Questionário n°: [___] A2. Data do preenchimento: ___/___/201__
(dd/mm/aaaa)

A2.1. Ano em que ingressou e finalizou seu curso de residência: _____/_____

A3. Qual o seu programa de residência?_____

B. Identificação sociodemográfica

B1. Qual a sua idade (em anos)? I___I___I

B2. Sexo: 1.[ ] Feminino 2. [ ] Masculino

B3.O Censo brasileiro, realizado pelo IBGE, usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Se você tivesse que responder o censo do IBGE hoje, **como se classificaria a respeito de sua cor ou raça**?

1.[ ] Preta/Negra 2.[ ]Parda 3.[ ]Branca 4.[ ]Amarela 5.[ ]Indígena

B4. Local de residência antes da graduação (cidade/Estado): _____ / _____

B5. Local de residência atual (cidade/Estado): _____ / _____

B6.Qual a sua situação conjugal atual?
1.[ ]Casado(a) ou vive em união
2.[ ]Separado(a) ou divorciado(a)
3.[ ]Viúvo(a)
4.[ ]Solteiro(a)

B7. Qual é aproximadamente a sua renda **FAMILIAR** líquida, isto é, a soma de rendimentos, já com os descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?

1. [ ] Até 1.000 reais
2. [ ] Entre 1.001 e 1.500 reais
3. [ ] Entre 1.501 e 2.000 reais
4. [ ] Entre 2.001 e 2.500 reais
5. [ ] Entre 2.501 e 3.000 reais
6. [ ] Entre 3.001 e 4.000 reais
7. [ ] Entre 4.001 e 5.000 reais
8. [ ] Entre 5.001 e 6.000 reais
9. [ ] Entre 6.001 e 7.000 reais
10. [ ] Entre 7.001 e 8.000 reais
11. [ ] Entre 8.001 e 9.000 reais
12. [ ] Entre 9.001 e 10.000 reais
13. [ ] Mais de 10.000 reais

B8. Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda? __ (número de pessoas)

B9. Ano e Período em que se graduou na Faculdade de Enfermagem: _____

B9.1.Qual a universidade de sua graduação?_____
_____

Estado:_____

B9.2. Qual a natureza social da universidade de sua graduação?
1. [ ] Pública 2. [ ] Privada

C. Dados profissionais e de trabalho

C1. Você trabalha como enfermeiro (a)?
1. [] Sim [Vá para pergunta **C2**]

2. [] Não – Por quê? _____
[em caso de resposta NÃO, finalizar o questionário neste item]

C2. Há quanto tempo você trabalha como enfermeiro (a)? _____ anos

C3. Qual a sua atual área de atuação como enfermeiro? *[Admite-se mais de uma resposta]*
1.[ ] Hospitalar
2.[ ] Saúde Coletiva
3.[ ] Pesquisa
4.[ ] Ensino
5.[ ] Empresa de produtos médico-hospitalares
6.[ ] Outros: _____

C4. Qual seu vínculo empregatício neste local de trabalho? *[Admite-se mais de uma resposta]*
1.[ ] Estatutário
3.[ ] Contrato por cooperativa

2.[ ] Contrato por CLT 4.[ ] Outros _____

C5. Qual é aproximadamente a sua renda LÍQUIDA, atuando como E**NFERMEIRO(A)**?

1. [ ] Até 1.000 reais
2. [ ] Entre 1.001 e 1.500 reais
3. [ ] Entre 1.501 e 2.000 reais
4. [ ] Entre 2.001 e 2.500 reais
5. [ ] Entre 2.501 e 3.000 reais
6. [ ] Entre 3.001 e 4.000 reais
7. [ ] Entre 4.001 e 5.000 reais
8. [ ] Entre 5.001 e 6.000 reais
9. [ ] Entre 6.001 e 7.000 reais
10. [ ] Entre 7.001 e 8.000 reais
11. [ ] Entre 8.001 e 9.000 reais
12. [ ] Entre 9.001 e 10.000 reais
13. [ ] Mais de 10.000 reais

C6. Nos últimos 12 meses, você se afastou do trabalho por mais de 15 dias?

1.[ ] Sim Quantas vezes? _____

Especifique o(s) motivo(s) _____

2.[ ] Não[Vá para pergunta **C10**]

C7. Quantas **horas semanais** você se dedicou ao trabalho profissional nos últimos SETE dias? (considerando todos os seus empregos, plantões pagos, etc.) _____ horas

D.Organização e funcionamento do da instituição onde trabalha

D1.Você considera que na instituição onde você trabalha há oportunidade capacitação profissional?

1.[ ] Não existe 2.[ ] Existe

Se existe,
[ ] Pouca
[ ] Satisfatória
[ ] Muito satisfatória

E. Condições de trabalho

E1. Em caso de mais de um vínculo, baseie-se na instituição onde você exerce maior carga horária. Sobre as condições ambientais do local (temperatura, ruído, iluminação), você considera:

1.[ ] Não adequado 2.[ ] Sim, adequado

Se adequado,
3.[ ] Pouco adequado
4.[ ] Suficientemente adequado
5.[ ] Muito adequado

E2. Em caso de mais de um vínculo, baseie-se na instituição onde você exerce maior carga horária. Sobre o quantitativo de materiais disponíveis para a implementação do cuidado, você considera que na instituição onde você trabalha é:

1.[ ] Escasso
2.[ ] Suficiente
3.[ ] Além do suficiente

E3. Em caso de mais de um vínculo, baseie-se na instituição onde você exerce maior carga horária. Sobre o quantitativo de técnicos de enfermagem na equipe em que atua, você considera nainstituição em que trabalha:

1.[ ] Não adequado
2.[ ] Suficientemente adequado
3.[ ] Além do adequado

Por gentileza, verifique se respondeu a todas as questões.

MUITO OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido (versão presencial)

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Você foi selecionado(a) para participar da pesquisa intitulada: Perspectivas de egressos da residência de enfermagem acerca das contribuições do curso para a vivência no mundo do trabalho, que tem como **objeto** de estudo as estratégias de enfrentamento adotadas pelos egressos do curso de residência em enfermagem frente às adversidades do mundo do trabalho, considerando o processo de qualificação na residência. Os **objetivos** são: (1) Identificar o perfil sociodemográfico e laboral de egressos de um curso de residência em enfermagem; (2) Descrever a percepção de egressos de um curso de residência em enfermagem sobre o mundo do trabalho em saúde e em enfermagem;(3) Analisar as estratégias de enfrentamento adotadas pelos egressos do curso de residência de enfermagem para lidar com as adversidades do mundo do trabalho; e (4) Discutir as contribuições do aprendizado no curso de residência em enfermagem para o enfrentamento das adversidades no mundo do trabalho, segundo o ponto de vista dos egressos do curso. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e revistas científicas. A sua participação é voluntária, e sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Sua inserção nesta pesquisa consistirá em participar de entrevista coletiva, denominado grupo focal, que será gravada por meio de aparelho de *MP4 player* e posteriormente transcrita pela própria pesquisadora. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. O benefício relacionado é a contribuição com a pesquisa que pretende contribuir para avaliação e planejamento do curso de residência de enfermagem e, assim, melhor qualificar o processo de formação do enfermeiro residente. Esta pesquisa não oferece danos diretos. Entretanto, pode haver dano relacionado a alguma pergunta na entrevista que remeta a algo que lhe traga memória e emoções relativas a experiência vivenciada.Você receberá uma cópia deste termo no qual constam os contatos institucionais da pesquisadora, pelo qual poderá solicitar informações, sanar possíveis dúvidas sobre a pesquisa, ou retirar sua participação a qualquer momento.

Pesquisadora: Doutoranda Claudia Regina Menezes da Rocha Pôças. **E-mail**:cmenezespocas@gmail.com
End. Institucional: Hospital Universitário – UERJ -Boulevard 28 de setembro, 77 - Vila Isabel–CEP: 20.551-030 - Rio de Janeiro - RJ- Telefone: 21 2868-8443 ou 98667-2307

Declaro estar ciente do teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Rio de Janeiro, ___ de _____ de _____ .

_____	_____	_____
Nome do Entrevistado	Assinatura do Entrevistado	Enf. Ms. Claudia R. Menezes da R. Pôças Doutoranda

"Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ.
E-mail: etica@uerj.br / Telefone: 21 2334-2180."

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido (versão on-line)

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CENTRO BIOMÉDICO

FACULDADE DE ENFERMAGEM

Você foi selecionado(a) para participar da pesquisa intitulada: Perspectivas de egressos da residência de enfermagem acerca das contribuições do curso para a vivência no mundo do trabalho, que tem como **objeto** de estudo as estratégias de enfrentamento adotadas pelos egressos do curso de residência em enfermagem frente às adversidades do mundo do trabalho, considerando o processo de qualificação na residência. Os **objetivos** são: (1) Identificar o perfil sociodemográfico e laboral de egressos de um curso de residência em enfermagem; (2) Descrever a percepção de egressos de um curso de residência em enfermagem sobre o mundo do trabalho em saúde e em enfermagem;(3) Analisar as estratégias de enfrentamento adotadas pelos egressos do curso de residência de enfermagem para lidar com as adversidades do mundo do trabalho, e (4) Discutir as contribuições do aprendizado no curso de residência em enfermagem para o enfrentamento das adversidades no mundo do trabalho, segundo o ponto de vista dos egressos do curso. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e revistas científicas. A sua participação é voluntária, e sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Sua inserção nesta pesquisa consistirá em participar de entrevista coletiva, denominado grupo focal, que será gravada por meio de aparelho de *MP4 player* e posteriormente transcrita pela própria pesquisadora. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. O benefício relacionado é a contribuição com a pesquisa que pretende contribuir para avaliação e planejamento do curso de residência de enfermagem e, assim, melhor qualificar o processo de formação do enfermeiro residente. Esta pesquisa não oferece danos diretos. Entretanto, pode haver dano relacionado a alguma pergunta na entrevista que remeta a algo que lhe traga memória e emoções relativas a experiência vivenciada. Você receberá uma cópia deste termo no qual constam os contatos institucionais da pesquisadora, pelo qual poderá solicitar informações, sanar possíveis dúvidas sobre a pesquisa, ou retirar sua participação a qualquer momento.

Pesquisadora: Doutoranda Claudia Regina Menezes da Rocha Pôças. **E-mail**:cmenezespocas@gmail.com
End. Institucional: Hospital Universitário – UERJ -Boulevard 28 de setembro, 77 - Vila Isabel–CEP: 20.551-030 - Rio de Janeiro - RJ - Telefone: 21 2868-8443 ou 98667-2307

Favor enviar para o e-mail ***egressos.residenciauerj@gmail.com****, o trecho abaixo devidamente preenchido:*

"Eu, (NOME COMPLETO), declaro estar ciente do TERMO DE CONSENTIMENTO da pesquisa intitulada *Perspectivas de egressos da residência de enfermagem acerca das contribuições do curso para a vivência do mundo laboral* e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento."

"Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ. E-mail: etica@uerj.br / Telefone: 21 2334-2180."

APÊNDICE E – Disciplinas práticas e teóricas dos primeiro e segundo anos de um curso de residência em enfermagem

Quadro 6 – Quadro geral de disciplinas do primeiro ano de residência e respectivas cargas horárias, números de créditos e departamentos responsáveis de um curso de residência no município do Rio de Janeiro (continua)

Disciplinas	**Ementas**	**Carga Horária (CH)**		**Número de Créditos****		**Departamento responsável**
		Prática	**Teórica**	**Prática**	**Teórica**	
Políticas de Saúde I	Discussão da história das Políticas de Saúde no Brasil para compreender a Reforma sanitária brasileira e a construção do SUS. Analisa o arcabouço jurídico normativo do SUS. Analisa a organização e planejamento de sistemas e serviços de saúde enfocando o processo e as estratégias de mudança de modelo assistencial com base nos conceitos de promoção e vigilância da saúde.	-	30	-	02	DESP
Metodologia da Pesquisa I	Discute os conceitos de: Ciência; Paradigmas Científicos; Conhecimento Científico e Método Científico na área de enfermagem; e, de Metodologia Quantitativa e Qualitativa. Focaliza a Ética na Pesquisa e as fases da construção do Projeto de Monografia. Desenvolve o Projeto de Monografia em grupo, observando abordagens e área dentro das Linhas de Pesquisa da Faculdade de Enfermagem.	-	45	-	03	Variável
Bioética	Reflete sobre os conflitos que permeiam a prática profissional de enfermagem, a partir da apresentação dos conceitos, aspectos históricos, interdisciplinaridade e abrangência dos problemas éticos, morais, legais e bioéticos e suas linhas de pensamento. Princípios da bioética, beneficiência e não-maleficiência. Autonomia: elementos e limites. Consentimento livre e esclarecido.	-	45	-	03	Variável

Quadro 6 – Quadro geral de disciplinas do primeiro ano de residência e respectivas cargas horárias, números de créditos e departamentos responsáveis de um curso de residência no município do Rio de Janeiro (continuação)

Disciplinas	**Ementas**	**Carga Horária (CH)**		**Número de Créditos****		**Departamento responsável**
		Prática	**Teórica**	**Prática**	**Teórica**	
Educação Permanente I	Discussão e análise da política de educação permanente e desenvolvimento para o SUS. Reflexões sobre o processo de aprender a ensinar buscando a integração ensino-serviço-comunidade. Planejamento e implementação de ações educativas baseadas no diagnóstico situacional.	-	45	-	03	DFEN
Introdução a Epidemiologia	Discute a definição, história e aplicação da epidemiologia; Medidas de Saúde Coletiva e Tipos de estudos epidemiológicos. Analisa o perfil epidemiológico brasileiro e suas implicações para a promoção da saúde, para as políticas de gestão a atenção à saúde e para as vigilâncias em saúde.	-	30	-	02	DESP
Tópicos gerais de enfermagem	Focaliza as normas e procedimentos gerais de Enfermagem relacionados a: estrutura organizacional do Hospital Universitário Pedro Ernesto; Gerência de risco e NR32; Gerência de resíduos; Normas de Biossegurança; Acessos venosos e PICC; Hemoterapia; Suporte nutricional; Tratamento Tópico de feridas; Monitorização cardíaca; Ventilação Mecânica; Ressuscitação cardio-respiratória.	-	75	-	05	DEFEN
Fundamentos teóricos e práticos do cuidar I	Analisa o desenvolvimento histórico do processo de cuidar, considerando os saberes e as práticas de saúde e modelos assistenciais. Reflete sobre as concepções do cuidar, seus significados e suas implicações para a Saúde e para Enfermagem. Analisa a arte da enfermagem no processo do cuidar. Reflete sobre os fundamentos teóricos do cuidar e seus nexos com o ensino, pesquisa e sua aplicabilidade na prática. Promove ações de intervenção para a transformação da prática de enfermagem, considerando a epidemiologia dos agravos de maior importância para a promoção da vida.	-	60	-	04	Variável

Quadro 6 – Quadro geral de disciplinas do primeiro ano de residência e respectivas cargas horárias, números de créditos e departamentos responsáveis de um curso de residência no município do Rio de Janeiro (conclusão)

Disciplinas	**Ementas**	**Carga Horária (CH)**		**Número de Créditos****		**Departamento responsável**
		Prática	**Teórica**	**Prática**	**Teórica**	
Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso	Desenvolvimento das fases de construção do projeto de TCC, observando as abordagens e as áreas das linhas de pesquisa da ENF/UERJ, numa perspectiva de reflexão sobre as necessidades do HUPE/UERJ.Apresentação do projeto de monografia para avaliação da banca examinadora.	-	120	-	08	DFEN
Atividade de ensino e extensão I	Desenvolvimento de competências do enfermeiro no planejamento, execução e avaliação de atividades de ensino e extensão vinculadas aos projetos da faculdade de Enfermagem e do Hospital universitário.	-	135	-	09	Variável
Tópicos Avançados de Enfermagem I*	*A disciplina Tópicos Avançados I é composta dos conteúdos de cada uma das 12 especialidades que constituem o curso de residência da instituição em tela.	-	120	-	08	Variável
TOTAL DE CH TEÓRICA		-	705	-	47	
Prática de tópicos avançados de Enfermagem I*	*A disciplina Prática de Tópicos Avançados I é composta dos conteúdos práticos de cada uma das 12 especialidades que constituem o curso de residência da instituição em tela. As ementas são descritas como: Desenvolvimento de competências do enfermeiro no planejamento, execução e avaliação do cuidar em enfermagem nas áreas da unidade de atendimento à clientela na especialidade.	2175	-	145	-	Variável
TOTAL DE CH E CREDITOS – PRIMIERO ANO DE RESIDÊNCIA		2175	705	145	47	
		2880		192		

Fonte: A autora, 2018.

Quadro 7 – Quadro geral de disciplinas do segundo ano de residência e respectivas cargas horárias, números de créditos e departamentos responsáveis de um curso de residência no município do Rio de Janeiro (continua)

Disciplinas	**Ementas**	**Carga Horária (CH)**		**Número de Créditos****		**Departamento responsável**
		Prática	**Teórica**	**Prática**	**Teórica**	
Políticas de Saúde II	Discussão das políticas de gestão do trabalho em saúde, destacando os aspectos da educação, da regulação e da gerência no setor. Apresentação da base técnico-normativa em saúde destacando as principais portarias com ênfase na média e alta complexidade.	-	45	-	03	DESP
Metodologia da Pesquisa II	Focaliza as fases do relatório de pesquisa, apresentando as diferentes técnicas de análise e tratamento de informações de acordo com a abordagem quantitativa e/ou qualitativa, com vista a consolidação dos resultados fundamentado no referencial teórico adotado, favorecendo a elaboração do relatório final de pesquisa, respeitando as Normas da ABNT.	-	75	-	05	DFEN
Educação Permanente II	Planejamento, implementação e avaliação de ações educativas baseadas no diagnóstico de natureza pedagógica, buscando a integração ensino-serviço-comunidade para transformações no processo de trabalho em saúde.	-	90	-	06	DFEN
Planejamento e Gestão	Gestão organizacional: abordagem funcional e por processo; Processo de Trabalho em Enfermagem; Planejamento em Enfermagem; Sistemas de informação; Supervisão de Enfermagem; Auditoria em Enfermagem; Gestão de erros; Gestão: por resultados e competências; do processo, de conflitos, do tempo, de recursos materiais e de pessoal; Processo decisório em Enfermagem.	-	60	-	04	DFEN

Quadro 7 – Quadro geral de disciplinas do segundo ano de residência e respectivas cargas horárias, números de créditos e departamentos responsáveis de um curso de residência no município do Rio de Janeiro (continuação)

Disciplinas	**Ementas**	**Carga Horária (CH)**		**Número de Créditos****		**Departamento responsável**
		Prática	**Teórica**	**Prática**	**Teórica**	
Fundamentos teóricos e práticos do cuidar II	Analisa os conceitos, as teorias, os modelos e as tecnologias do processo de cuidar nos diferentes níveis de atenção, considerando as respostas humanas, suas interações entre indivíduos, família e comunidade, bem como sua relação com o processo saúde/doença. Discute as práticas de cuidado em saúde no processo de formação profissional. Reflete sobre os fundamentos teóricos do cuidar e os nexos com o ensino, a pesquisa e sua aplicabilidade na prática. Discute o relacionamento terapêutico na Enfermagem, o processo de cuidar em diferentes fases do desenvolvimento humano. Analisa o cuidado de enfermagem aos usuários dos serviços em diferentes situações de saúde.	-	75	-	05	Variável
Trabalho de Conclusão de Curso	Desenvolvimento do relatório final de monografia, observando as técnicas de tratamento e análise dos dados, de acordo com a abordagem quantitativa e/ou qualitativa, com vistas a consolidação dos resultados fundamentados no referencial teórico adotado e respeitando as normas da ABNT. Apresentação do relatório final de monografia para avaliação da banca examinadora.	-	150	-	10	DFEN
Atividade de ensino e extensão II	Desenvolvimento de competências do enfermeiro no planejamento, execução e avaliação de atividades de ensino e extensão vinculadas aos projetos da ENF/UERJ e do HUPE.	-	90	-	06	Variável

Quadro 7 – Quadro geral de disciplinas do segundo ano de residência e respectivas cargas horárias, números de créditos e departamentos responsáveis de um curso de residência no município do Rio de Janeiro (conclusão)

Disciplinas	**Ementas**	**Carga Horária (CH)**		**Número de Créditos****		**Carga Horária (CH)**
		Prática	**Teórica**	**Prática**	**Teórica**	
Tópicos Avançados de Enfermagem II*	*A disciplina Tópicos Avançados II é composta dos conteúdos de cada uma das 12 especialidades que constituem o curso de residência da instituição em tela.	-	120	-	08	Variável
TOTAL DE CH TEÓRICA		-	705	-	47	
Prática de tópicos avançados de Enfermagem II*	*A disciplina Prática de Tópicos Avançados II é composta dos conteúdos práticos de cada uma das 12 especialidades que constituem o curso de residência da instituição em tela. As ementas são descritas como: Desenvolvimento de competências do enfermeiro no planejamento, execução e avaliação do cuidar em enfermagem nas áreas da unidade de atendimento à clientela na especialidade.	2175	-	145	-	Variável
TOTAL DE CH E CREDITOS – PRIMIERO ANO DE RESIDÊNCIA		2175	705	145	47	
		2880		192		

** Cada crédito corresponde a 15 horas;

Fonte: A autora, 2018.

Quadro 8 – Carga horária das disciplinas práticas e teóricas nos primeiro e segundo anos de um curso de residência no município do Rio de Janeiro

Etapa do curso de Residência	Carga Horária		Número de Créditos	
	Prática	Teoria	Prática	Teoria
Primeiro ano de Residência	2175	705	145	47
Segundo ano de Residência	2175	705	145	47
TOTAL	**4350**	**1410**	**290**	**94**

Fonte: A autora, 2018.

Quadro 9 – Ementas de disciplinas teóricas nos primeiro e segundo anos de um curso de residência no município do Rio de Janeiro (continua)

Programas	Disciplinas	Ementas
Psiquiatria e Saúde Mental	**Tópicos Avançados em Enfermagem em Saúde Mental I**	Desenvolvimento de competências do enfermeiro na assistência psiquiátrica e saúde mental ao cliente em crise, internado na enfermaria e usuário do hospital dia; e para a vivência do processo grupal, através da coordenação de oficinas terapêuticas e de grupos operativos. Analisa e discute as políticas públicas de saúde mental.
	Tópicos Avançados em Enfermagem em Saúde Mental II	Desenvolvimento de competências para: acolher o portador de sofrimento psíquico; estabelece o relacionamento terapêutico na sala de acolhida, sala de espera, no grupo de idosos e no grupo de familiares de pacientes alcoolistas; realizar a consulta de enfermagem junto ao serviço de alcoologia e no hospital dia infantil, bem como a interconsulta de enfermagem no hospital geral levando em conta os aspectos psicossomáticos do adoecimento humano.
Enfermagem do Trabalho	**Tópicos Avançados em Enfermagem do Trabalho I**	Aspectos históricos, sociais inerentes à criança e sua inserção na família e sociedade. Políticas públicas de atenção à criança. Estatuto da Criança e do Adolescente. Violência na infância. Crescimento e Desenvolvimento nas diversas faixas etárias. Sistematização da assistência à criança e sua família em situações ambulatoriais, clínicas e cirúrgicas de pequena e média complexidade. O viver da criança na família e sua interface com a saúde e a doença. Educação em saúde para a criança e sua família. A criança como sujeito de pesquisas no desenvolvimento de conhecimentos.
	Tópicos Avançados em Enfermagem do Trabalho II	Aspectos históricos, sociais inerentes à criança e sua inserção na família e sociedade. Políticas públicas de atenção à criança. Estatuto da Criança e do Adolescente. Violência na infância. Crescimento e Desenvolvimento nas diversas faixas etárias. Sistematização da assistência à criança e sua família em situações ambulatoriais, clínicas e cirúrgicas de pequena e média complexidade. O viver da criança na família e sua interface com a saúde e a doença. Educação em saúde para a criança e sua família. A criança como sujeito de pesquisas no desenvolvimento de conhecimentos.

Quadro 9 – Ementas de disciplinas teóricas nos primeiro e segundo anos de um curso de residência no município do Rio de Janeiro (continuação)

Programas	Disciplinas	Ementas
Enfermagem em Clínica Médica	**Tópicos Avançados em Enfermagem em Clínica Médica I**	Desenvolvimento de competências do enfermeiro na assistência a clientes adultos e idosos portadores de distúrbios cardiovascular, respiratório, digestório, endócrino e oncológico, nas enfermarias de Clínica Médica Geral, incluindo situações de urgência e emergência, e cuidados semi-intensivos.
	Tópicos Avançados em Enfermagem em Clínica Médica II	Desenvolvimento de competências técnico-científicas do enfermeiro na assistência a clientes adultos e idosos portadores de distúrbio respiratório, infecto-parasitário, hematológico, dermatológico e neurológico, nas enfermarias de Clínica Médica Especializada, incluindo situações de urgência e emergência, e cuidados semi-intensivos.
Enfermagem em Terapia Intensiva	**Tópicos Avançados em Enfermagem em Terapia Intensiva I**	Aspectos históricos, sociais inerentes à criança e sua inserção na família e sociedade. Políticas públicas de atenção à criança. Estatuto da Criança e do Adolescente. Violência na infância. Crescimento e Desenvolvimento nas diversas faixas etárias. Sistematização da assistência à criança e sua família em situações ambulatoriais, clínicas e cirúrgicas de pequena e média complexidade. O viver da criança na família e sua interface com a saúde e a doença. Educação em saúde para a criança e sua família. A criança como sujeito de pesquisas no desenvolvimento de conhecimentos.
	Tópicos Avançados em Enfermagem em Terapia Intensiva II	Proposição, aplicação e avaliação do conhecimento técnico científico do Enfermeiro na sistematização da Assistência de Enfermagem ao cliente em critico e em pré e pós-operatório de cirurgia cardiovascular e transplante cardíaco. Assistência de enfermagem à família. Atividades práticas de assistência ao cliente internado em situações de emergência e urgência cardiovascular, nefrologia, neurológica, respiratória, trauma, queimados, dentre outras. Participar da estruturação da educação em serviço sistemática e contínua, elaborando material de apoio didático/pedagógico.

Quadro 9 – Ementas de disciplinas teóricas nos primeiro e segundo anos de um curso de residência no município do Rio de Janeiro (continuação)

Programas	Disciplinas	Ementas
Enfermagem em Nefrologia	**Tópicos Avançados em Enfermagem em Nefrologia I**	Desenvolvimento de competências técnico-científicas do Enfermeiro na assistência ao cliente submetido ao tratamento conservador, as terapias renais substitutivas da função renal, em nivel ambulatorial e na unidade de internação. Reflete sobre a política e o gerenciamento da assistência em nefrologia, e sobre os aspectos econômicos, sociais e emocionais do cliente e da família.
	Tópicos Avançados em Enfermagem em Nefrologia II	Desenvolvimento de competências do Enfermeiro na assistência ao cliente em estado critico apresentando insuficiência renal e a criança, ao adolescente e ao idoso submetido à terapia renal substitutiva. Reflete sobre os procedimentos especiais e adequação em diálise e sobre os determinantes sociais relacionados ao processo de cuidado do cliente e família com doença renal crônica. Analisa a relevância da atuação da equipe multiprofissional na sistematização do cuidado aos clientes e familiares.
Enfermagem Cardiovascular	**Tópicos Avançados em Enfermagem em Cardiovascular I**	Desenvolvimento de competências técnico-científicas do Enfermeiro nas enfermidades cardiológicas em nível: ambulatorial, internação clínica, procedimentos hemodinâmicos, urgências cardíacas, preparo para a alta hospitalar e assistência à família, fundamentado na Metodologia da Assistência de Enfermagem.
	Tópicos Avançados em Enfermagem em Cardiovascular II	Desenvolvimento das competências técnico-científicas do Enfermeiro na sistematização da assistência ao cliente e família em pré, trans e pós-operatório de cirurgia cardiovascular e transplante cardíaco e em situações de emergência e urgência cardiovasculares. Estruturação e implementação da educação permanente em serviço.

Quadro 9 – Ementas de disciplinas teóricas nos primeiro e segundo anos de um curso de residência no município do Rio de Janeiro (continuação)

Programas	Disciplinas	Ementas
Enfermagem em Centro Cirúrgico	**Tópicos Avançados em Enfermagem em Centro Cirúrgico I**	Desenvolvimento de competências do enfermeiro: em relação ao sistema funcional do Centro Cirúrgico no âmbito hospitalar, com enfoque na planta física (fluxo e área de risco), nos aspectos humanos (dimensionamento e relacionamento cliente/equipe), de materiais e de biossegurança; relacionadas às atividades administrativas, assistenciais, de ensino e pesquisa; na assistência sistematizada ao cliente na recepção, no trans-operatório e na recuperação pós-anestésica. Resgate e aprofundamento dos conteúdos que instrumentalizam a prática de enfermagem, com enfoque: na relação da Central de Material e Esterilização com o Centro Cirúrgico e demais Unidades, nos fundamentos de anestesia, na terminologia cirúrgica, nos tempos cirúrgicos e nos materiais cirúrgicos (instrumentais, fios de sutura e unidade de eletrocirurgia.
	Tópicos Avançados em Enfermagem em Centro Cirúrgico II	Desenvolvimento de competências do enfermeiro: na gestão em Centro Cirúrgico (público e privado) em relação à eficiência e produtividade, à biossegurança, ao dimensionamento e treinamento de pessoal, e à previsão/provisão de recursos materiais e insumos; para a assistência de enfermagem nas cirurgias especializadas (ortopédica, plástica, torácica, vascular, neurológica, urológica, ginecológica/obstetrícia, cardíaca, abdominal, pediátrica, proctológica, oftalmológica, otorrinolaringológica, bucomaxilofacial. Discussão dos protocolos e das ações de controle de infecção hospitalar no âmbito do Centro Cirúrgico.

Quadro 9 – Ementas de disciplinas teóricas nos primeiro e segundo anos de um curso de residência no município do Rio de Janeiro (continuação)

Programas	Disciplinas	Ementas
Enfermagem em Clínica Cirúrgica	**Tópicos Avançados em Enfermagem em Clínica Cirúrgica I**	Estrutura e conceituação do Serviço de Enfermagem Cirúrgica. Cuidados de enfermagem na admissão do cliente em situação cirúrgica em nível ambulatorial e unidade de internação. Fluxo do cliente no centro cirúrgico. Papel do enfermeiro na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com enfoque no cuidado ao cliente em situação cirúrgica. Cuidados de enfermagem nos períodos pré, trans e pós-operatório de cirurgias gerais. Cuidados de Enfermagem ao cliente em situações de: ostomias intestinais e cirurgia videolaparoscópica. Cuidados de enfermagem ao cliente cirúrgico portador: de ferida, drenos, cateteres e sondas. Suporte nutricional com enfoque em cirurgia oncológica.
	Tópicos Avançados em Enfermagem em Clínica Cirúrgica II	Desenvolvimento de competências do enfermeiro na assistência ao cliente nos períodos pré, trans e pós-operatório das seguintes cirurgias: vascular, torácica, neurocirurgia, urológica, ortopédica, plástica, oftalmológica e oncológica e em situações de complicações cirúrgicas imediatas, mediatas e tardias.
Enfermagem em neonatologia	**Tópicos Avançados em Enfermagem em Neonatologia I**	Desenvolvimento das competências do enfermeiro na assistência ao recém-nascido e sua família nos diferentes graus de complexidade, de forma sistematizada e diferenciada, com enfoque no cuidado humanizado desde o nascimento ao seguimento ambulatorial. Aborda os aspectos epidemiológicos, éticos e biopsicossociais subsidiados pelas políticas públicas do Ministério da Saúde direcionadas para o neonato
	Tópicos Avançados em Enfermagem em Neonatologia II	Desenvolvimento das competências do enfermeiro na assistência ao recém-nascido de alto risco e sua família de forma sistematizada e diferenciada, com enfoque no cuidado humanizado a partir do nascimento. Aborda os aspectos epidemiológicos, éticos e biopsicossociais subsidiados pelas políticas públicas do Ministério da Saúde direcionadas para o neonato, assim como, os avanços da prática clínica de enfermagem neonatal e as tecnologias modernas para o cuidado. Instrumentaliza o enfermeiro no desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo a partir da emergência da prática assistencial de forma a subsidiar a produção científica para o aprimoramento da qualidade da assistência à clientela.

Quadro 9 – Ementas de disciplinas teóricas nos primeiro e segundo anos de um curso de residência no município do Rio de Janeiro (continuação)

Programas	Disciplinas	Ementas
Enfermagem em Obstetrícia	**Tópicos Avançados em Enfermagem em Obstetrícia I**	Discute os princípios teóricos e práticos que fundamentam a Assistência de Enfermagem à mulher no ciclo gravídico puerperal, com enfoque no baixo risco, apoiado no princípio do direito, da integralidade e da humanização, dentro de um contexto crítico, comprometido com a promoção da saúde, as políticas de saúde e fortalecimento das ações preconizadas pelo SUS.
	Tópicos Avançados em Enfermagem em Obstetrícia II	Aspectos históricos, sociais inerentes à criança e sua inserção na família e sociedade. Políticas públicas de atenção à criança. Estatuto da Criança e do Adolescente. Violência na infância. Crescimento e Desenvolvimento nas diversas faixas etárias. Sistematização da assistência à criança e sua família em situações ambulatoriais, clínicas e cirúrgicas de pequena e média complexidade. O viver da criança na família e sua interface com a saúde e a doença. Educação em saúde para a criança e sua família. A criança como sujeito de pesquisas no desenvolvimento de conhecimentos.
Enfermagem em Pediatria	**Tópicos Avançados em Enfermagem em Pediatria I**	Aspectos históricos, sociais inerentes à criança e sua inserção na família e sociedade. Políticas públicas de atenção à criança. Estatuto da Criança e do Adolescente. Violência na infância. Crescimento e Desenvolvimento nas diversas faixas etárias. Sistematização da assistência à criança e sua família em situações ambulatoriais, clínicas e cirúrgicas de pequena e média complexidade. O viver da criança na família e sua interface com a saúde e a doença. Educação em saúde para a criança e sua família. A criança como sujeito de pesquisas no desenvolvimento de conhecimentos.
	Tópicos Avançados em Enfermagem em Pediatria II	Sistematização da assistência de Enfermagem à criança e sua família em situações clínicas, hematológicas e cirúrgicas de média e alta complexidade. A tecnologia na assistência a criança em situações críticas e emergenciais. O enfrentamento da terminalidade da vida da criança para a família e os profissionais de saúde. Educação em saúde para a criança e sua família Aplicabilidade de conhecimentos oriundos de pesquisas na área pediátrica.

Quadro 9 – Ementas de disciplinas teóricas nos primeiro e segundo anos de um curso de residência no município do Rio de Janeiro (conclusão)

Programas	Disciplinas	Ementas
Enfermagem em Saúde do Adolescente	**Tópicos Avançados em Enfermagem em Saúde do Adolescente I**	Desenvolvimento de competências do enfermeiro: na assistência ao indivíduo adolescente inserido na família, com base no contexto sócio-histórico, antropológico, psicológico, epidemiológico, cultural e ambiental nos três níveis de complexidade de atenção primária, secundária e terciária; no planejamento do cuidado e do processo de trabalho em enfermagem e saúde do adolescente, na perspectiva multidisciplinar e interdisciplinar. Reflete sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e nas demandas e necessidades do adolescente no mundo contemporâneo, destacando as questões relacionadas à cidadania, violência e direitos do adolescente.
	Tópicos Avançados em Enfermagem em Saúde do Adolescente I	Desenvolvimento de competências do enfermeiro: na assistência de enfermagem no processo de saúde e doença ao indivíduo adolescente inserido na família com base no contexto sócio-histórico, antropológico, psicológico, epidemiológico, cultural e ambiental nos três níveis de complexidade - atenção primária, secundária e terciária; na aplicabilidade das metodologias do cuidado ao adolescente nos três níveis de complexidade - atenção primária, secundária e terciária. Reflete sobre os aspectos éticos e legais do cuidado ao adolescente e sobre as tecnologias do cuidado em saúde para este grupo.

Fonte: A autora, 2018.

ANEXO A – Deliberação do curso de especialização em enfermagem na modalidade residência da instituição em estudo*

DELIBERAÇÃO Nº 26 /2012

Autoriza a Criação do Curso de Especialização em Enfermagem na modalidade Residência.

O **CONSELHO SUPERIOR DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO,** no uso da competência que lhe atribui o parágrafo único do artigo 11 do Estatuto da e com base no Processo nº 10.443/2008, aprovou e eu promulgo a seguinte Deliberação:

Art. 1º - Fica autorizada a criação do Curso de Especialização em Enfermagem na modalidade de Residência, a ser oferecido pela Faculdade de Enfermagem (ENF), Unidade Acadêmica vinculada ao Centro Biomédico (CBI), em conjunto com a Coordenadoria de Enfermagem do Hospital Universitário (HU), segundo o disposto na Resolução CNE/CES nº 01/07, na Deliberação nº 023/09 da e na presente Deliberação.

Parágrafo único - *O Curso de que trata o caput desde artigo destina-se,* exclusivamente, aos portadores do diploma de Graduação Plena em Enfermagem, com inscrição no Conselho Regional de Enfermagem (COREN), tendo por objetivo proporcionar qualificação profissional específica na assistência, gerência, ensino e pesquisa, a fim de atender à clientela, assegurando a qualidade da assistência de enfermagem.

Art. 2º - O Curso de Especialização atenderá às necessidades de capacitação do profissional para o mercado de trabalho, priorizando as Unidades do Sistema Único de Saúde.

Art. 3º - A orientação científica e pedagógica do Curso ficará a cargo da Faculdade de Enfermagem, com apoio técnico pedagógico dos seus Departamentos e da Coordenadoria de Enfermagem do HU , cabendo a gerência financeira à Diretoria de Administração Financeira (DAF).

Parágrafo único - O Planejamento e a execução orçamentária do Curso serão definidos pela Direção da Faculdade de Enfermagem e a Coordenadoria de Enfermagem do HU , tendo como objetivo investir na formação dos residentes.

Art. 4º - A responsabilidade pelo planejamento, pela execução e avaliação do Curso será da competência da Faculdade de Enfermagem, da Coordenadoria de Enfermagem do HU[illegible] e da Coordenação do Curso de Especialização em Enfermagem na Modalidade de Residência.

Parágrafo único - A Coordenação do Curso de Especialização em Enfermagem na Modalidade de Residência de que trata o caput deste artigo será constituída por docente da Faculdade de Enfermagem e um enfermeiro do Serviço de Treinamento e Avaliação de Enfermagem do HU[illegible], membros do corpo docente e do quadro de especialistas (enfermeiros preceptores), aprovados pelo CSEPE para atuarem no Curso.

Art. 5º - As atividades mencionadas no Art. 4º serão objeto de acompanhamento da Comissão de Residência em Enfermagem – CORENF, constituída pela Coordenação de Enfermagem do HU[illegible], Coordenação do Curso de Especialização em Enfermagem na Modalidade de Residência, representantes do corpo docente do Curso, corpo de enfermeiros preceptores do HU[illegible], do Serviço de Treinamento e Avaliação de Enfermagem e dos alunos residentes.

Parágrafo único - Os alunos integrantes da CORENF serão eleitos por seus pares, com mandato bienal e possibilidade de uma recondução.

Art. 6º - O docente e o Enfermeiro preceptor / especialista que integram a Coordenação do Curso serão designados através de portaria, assinada pela Direção da ENF [illegible] *e a Coordenação de Enfermagem do HU[illegible], para mandato de 2 (dois)* anos, sendo facultada a recondução uma única vez.

Parágrafo único - Preceptores do Curso de Especialização em Enfermagem na modalidade de Residência são Enfermeiros que pertençam ao quadro funcional ativo da UERJ ou são por ela contratados.

Art. 7º - Havendo vacância na representação docente e/ou de enfermeiro preceptor antes do término do mandato, deverá haver nova designação visando à complementação do mandato.

Art. 8º - Os integrantes da Coordenação do Curso (docentes e preceptores) deverão possuir titulação mínima de mestre.

Art. 9º - O Curso de Especialização em Enfermagem na Modalidade

Residência será oferecido em 12 (doze) programas.

Parágrafo único - Constituem os Programas:

1. Cardiovascular;
2. Centro Cirúrgico;
3. Cirúrgica;
4. Clínica Médica;
5. Enfermagem do Trabalho;
6. Nefrologia;
7. Neonatologia;
8. Obstetrícia;
9. Pediatria;
10. Saúde Mental e Psiquiatria;
11. Terapia Intensiva;
12. Saúde do Adolescente.

Art. 10 - A unidade básica para a medida do trabalho acadêmico é o crédito, sendo os créditos teóricos e práticos correspondentes a 15 (quinze) horas.

Art. 11 - O Curso de Especialização em Enfermagem na modalidade de Residência será constituído por 12 (doze) programas, conforme o parágrafo único do Art. 9º, tendo duração de 5.760 (cinco mil setecentas e sessenta) horas, *correspondentes a 384 (trezentos e oitenta e quatro) créditos obrigatórios, entre* disciplinas teóricas e práticas, sendo 2.880 (duas mil, oitocentas e oitenta) horas no primeiro ano e 2.880 (duas mil, oitocentas e oitenta) horas no segundo ano, conforme estrutura curricular no Anexo da presente Deliberação.

§ 1° - As disciplinas teóricas e práticas a que se refere o *caput* deste Artigo contarão com conteúdos comuns a todos os alunos e conteúdos específicos a cada programa.

§ 2° - Os conteúdos/atividades comuns e específicos de cada programa contarão com a participação de um ou mais docentes e com os enfermeiros preceptores que nelas atuam.

Art. 12 - O Curso será ministrado em duas etapas (R1 e R2) e deverá ser integralizado em 24 (vinte e quatro) meses.

§ 1° - O aluno que não integralizar o Curso no prazo previsto será automaticamente desligado.

§ 2° - É vedado ao aluno o trancamento de matrícula.

Art. 13 - O Edital de Seleção de candidatos, após aprovação da SR2, será divulgado pela Faculdade de Enfermagem.

Art. 14 - As inscrições para o processo seletivo ao Curso de Especialização em Enfermagem na Modalidade de Residência serão efetuadas mediante a apresentação da seguinte documentação:

a) Cópia (frente e verso) do diploma do Curso de Graduação Plena em Enfermagem;
b) Cópia do histórico escolar correspondente ao curso da alínea anterior;
c) Cópia da carteira de identidade;
d) Cópia do CPF;
e) Dois retratos recentes (3x4);
f) Comprovante de pagamento da taxa de inscrição.

§ 1° - Caso a Instituição de Ensino Superior (IES) não tenha expedido o diploma a que faz jus o candidato, na ocasião das inscrições ao processo seletivo, aceitar-se-á declaração da IES indicando a data da conclusão do curso e da colação de grau do candidato.

§ 2° - No caso de candidatos em fase de Conclusão do Curso de Graduação Plena com término previsto para o semestre que antecede o início do Curso de especialização, aceitar-se-á cópia do histórico escolar da graduação plena com registros até o semestre da inscrição.

Art. 15 - O número de vagas oferecidas será definido em Edital de Seleção, sendo no mínimo, de 75 (setenta e cinco) vagas.

§ 1° - O número de vagas está condicionado à disponibilidade orçamentária da , que garanta o pagamento mensal de bolsa-auxílio a todos os residentes com valor definido pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

§ 2º - As vagas referidas no *caput* deste Artigo serão distribuídas pelos Programas oferecidos pelo Curso de Especialização em Enfermagem na Modalidade de Residência, conforme o parágrafo único do Art. 10 desta Deliberação, e divulgadas no Edital de Seleção.

§ 3º - No ato da inscrição do processo seletivo, o candidato optará por um dos programas do Curso de Especialização em Enfermagem na Modalidade Residência, em conformidade com o disposto no parágrafo único do Art. 9º desta Deliberação.

Art. 16 - A seleção classificatória dos candidatos será efetuada por uma comissão constituída por, no mínimo, 4 (quatro) e, no máximo, 6 (seis) membros, entre professores e enfermeiros preceptores do Curso, indicados pela Coordenação.

Art. 17 - Os instrumentos de avaliação dos candidatos à matrícula, assim como os critérios de aprovação, classificação e desempate serão definidos no Edital de *Seleção*.

Art. 18 - Os candidatos aprovados e selecionados deverão apresentar a seguinte documentação necessária à matrícula (original e duas cópias):

a) Cópia (frente e verso) do diploma do Curso de Graduação Plena em Enfermagem;
b) Cópia do histórico escolar completo correspondente ao curso da alínea anterior;
c) Cópia da carteira de identidade profissional ou registro provisório no COREN;
d) Cópia da carteira de identidade;
e) Dois retratos recentes (3x4);
f) Inscrição como contribuinte autônomo da previdência social.

§ 1º - Caso a Instituição de Ensino Superior (IES) não tenha expedido o diploma a que faz jus o candidato, na ocasião da matrícula, aceitar-se-á declaração da IES indicando a data de conclusão do curso e da colação de grau do candidato.

§ 2º - Os candidatos na situação do parágrafo anterior deverão apresentar o diploma do Curso de Graduação Plena em Enfermagem até 30 (trinta) dias antes da entrega do Trabalho de Conclusão de Curso.

§ 3º - Os candidatos provenientes de outros Estados da Federação deverão

comprovar inscrição no COREN–RJ.

§ 4º - Os candidatos estrangeiros deverão apresentar a seguinte documentação (original e duas cópias):

a) Visto de permanência no Brasil;
b) CPF;
c) *Dois retratos 3x4*;
d) Diploma de graduação autenticado pelo Consulado do Brasil no país de origem, com tradução juramentada no Brasil;
e) Histórico escolar do Curso de Graduação autenticado pelo Consulado do Brasil no país de origem, com tradução juramentada no Brasil;
f) Autorização do COREN-RJ para cursar a Especialização em Enfermagem na Modalidade de Residência.

§ 5º - Os candidatos aprovados e selecionados que não efetuarem suas matrículas no período definido no Edital de Seleção serão eliminados do processo seletivo e poderá haver reclassificação dos candidatos aprovados, respeitada a ordem de classificação para admissão ao Curso.

§ 6º - O calendário de matrícula dos candidatos reclassificados será estabelecido no Edital de Seleção.

Art. 19 - A avaliação da aprendizagem em cada disciplina será realizada mediante uma ou mais das seguintes modalidades:

a) Exposições orais;
b) Trabalhos escritos;
c) Participação em seminários e estudos de caso;
d) Atividades de pesquisa;
e) Desempenho nas atividades práticas.

§ 1º - São obrigatórias a elaboração, a entrega e a apresentação de Trabalho de Conclusão de Curso dentro do período de integralização do Curso.

§ 2º - Só poderá entregar o Trabalho de Conclusão de Curso o aluno que não estiver em pendência de documentação e cumprimento de carga horária prática e teórica e entregar o formulário de requerimento de certificado devidamente preenchido que será anexado ao relatório final da turma, caso o aluno faça jus ao certificado do Curso de Especialização em Enfermagem na Modalidade de Residência.

Art. 20 - A avaliação que trata o Art. 19 será expressa por conceitos que obedecem à seguinte escala:

A. Excelente – de 9,0 a 10
B. Muito bom – de 8,0 a 8,9
C. Bom – de 7,0 a 7,9
D. Regular – abaixo de 7,0

§ 1º - O conceito A, B, C, implica aprovação em cada disciplina e no Trabalho de Conclusão de Curso.

§ 2º - O aluno que obtiver conceito D, no conteúdo teórico, em apenas uma disciplina terá direito a uma reavaliação nesta disciplina seguindo plano de estudos determinado pelo professor e pelo enfermeiro preceptor, num prazo máximo de 2 (dois) meses, respeitado o prazo máximo de integralização do Curso, conforme Art. 12.

§ 3º - O aluno que obtiver conceito D em mais de uma disciplina teórica, na reavaliação de uma disciplina, ou no Trabalho de Conclusão de Curso será automaticamente desligado do Curso.

§ 4º - A aprovação na disciplina, no conteúdo teórico, dependerá de frequência mínima de 75% (setenta e cinco por cento) em todas as atividades programadas para a mesma.

§ 5º - O desempenho nas atividades práticas será avaliado mensalmente, pelo professor e pelo enfermeiro preceptor do campo de prática, juntamente com o aluno, observando os critérios estabelecidos pela Coordenação do Curso.

Art. 21 - A integralização do Curso ficará na dependência da aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado pelo aluno e avaliado por comissão examinadora constituída por, pelo menos, 3 (três) membros, entre professores e enfermeiros preceptores, incluindo o orientador.

§ 1º - A escolha do orientador do Trabalho de Conclusão de Curso será feita pela Coordenação do Curso, em comum acordo com o aluno, dentre os docentes e enfermeiros preceptores disponíveis para orientação.

§ 2º - Para a substituição de orientação, seja por parte do orientador ou do aluno, deverá ser encaminhada solicitação à Coordenação do Curso, para avaliação.

§ 3º - A comissão examinadora emitirá menção aprovando ou reprovando o Trabalho de Conclusão de Curso do aluno, em conformidade com o disposto no parágrafo 1º do Art. 21 desta Deliberação.

Art. 22 - Ao término de cada turma do Curso, após aprovação do Conselho Departamental, a Direção da Faculdade de Enfermagem encaminhará relatório final à Sub-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, em conformidade com as normas da referentes à expedição e registros de certificados de cursos de especialização.

§ 1º - Caberá à Coordenação do Curso a responsabilidade pela elaboração do relatório final do Curso.

§ 2º - Os casos omissos serão resolvidos em primeira instância, pela Coordenação do Curso, em segunda instância pela CORENF e, se necessário, pelo *Conselho Departamental da Faculdade de Enfermagem e pelo* CSEPE.

Art. 23 - Esta Deliberação entra em vigor nesta data, retroagindo às turmas com ingresso a partir de 2006, revogadas as disposições em contrário.

UERJ, em 10 de outubro de 2012.

REITOR

ANEXO

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
NA MODALIDADE RESIDÊNCIA
ESTRUTURA CURRICULAR

PRIMEIRO ANO DO CURSO – RESIDÊNCIA 1

DISCIPLINAS	CARGA HORÁRIA		Nº DE CRÉDITO		DEPTO
	prática	teórica	prática	teórica	
Políticas de Saúde I	-	30	-	02	DESP
Metodologia da Pesquisa I	-	45	-	03	DFEN
Bioética	-	45	-	03	Variável
Educação Permanente I	-	45	-	03	*DFEN*
Introdução a Epidemiologia	-	30	-	02	DESP
Tópicos Gerais de Enfermagem I	-	75	-	05	DFEN
Fundamentos Teóricos e Práticos do Cuidar I	-	60	-	04	Variável
Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso	-	120	-	08	DFEN
Atividade de Ensino e Extensão I	-	135	-	09	Variável
Tópicos Avançados de Enfermagem I*	-	120	-	08	Variável
TOTAL DE CH TEÓRICA	-	705	-	47	//////////
Prática de Tópicos Avançados de Enfermagem I*	2175	-	145	-	Variável
	2175	705	145	47	//////////
TOTAL DE CH R 1	2880		192		

(Continuação da Deliberação 26/2012)

SEGUNDO ANO DO CURSO - RESIDÊNCIA 2

DISCIPLINAS	CARGA HORÁRIA		Nº DE CRÉDITO		DEPTO
	prática	teoria	prática	teoria	
Políticas de Saúde II	-	45	-	03	DESP
Metodologia da Pesquisa II	-	75	-	05	DFEN
Educação Permanente II	-	90	-	06	DFEN
Planejamento e Gestão	-	60	-	04	DFEN
Fundamentos Teóricos e Práticos do Cuidar II	-	75	-	05	Variável
Trabalho de Conclusão de Curso	-	150	-	10	DFEN
Atividade de Ensino e Extensão II	-	90	-	06	Variável
Tópicos Avançados de Enfermagem II*	-	120	-	08	Variável
TOTAL DE CH TEÓRICA	-	705	-	47	//////////
Prática de Tópicos Avançados de Enfermagem II*	2175	-	145	-	Variável
	2175	705	145	47	//////////
TOTAL DE CH GERAL R2	2880		192		

DISCIPLINAS	*CARGA HORÁRIA*		*Nº DE CRÉDITO*	
	prática	teoria	prática	teoria
TOTAL DE CH TEÓRICA R 1	-	705	-	47
TOTAL DE CH PRÁTICA R 1	2175	-	145	-
TOTAL DE CH TEÓRICA R 2	-	705	-	47
TOTAL DE CH PRÁTICA R 2	2175	-	145	-
	4350	1410	290	94
TOTAL GERAL (R1+ R 2)	5760		384	

Obs: 1 crédito teórico ou prático corresponde a 15 horas.
*Obs: As disciplinas Tópicos Avançados I e II e Práticas Avançadas I e II são apresentadas em 12 especialidades considerando cada uma das áreas da residência.

10

*No documento foram ocultados o nome da instituição e siglas que possibilitassem a identificação da instituição do curso.

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética

UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO;

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perspectivas de egressos da Residência de Enfermagem acerca das contribuições do curso para a vivência no mundo do trabalho

Pesquisador: Claudia Menezes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 70107117.0.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.144.859

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de tese do curso de pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ, cujo objeto de estudo investiga as estratégias de enfrentamento adotadas pelos egressos do curso de residência em enfermagem frente às adversidades do mundo do trabalho, considerando o processo de qualificação neste curso. Apresenta o seguinte problema de pesquisa: o curso de residência contribui para o enfrentamento das adversidades atuais do mundo do trabalho? Foram elaboradas quatro questões norteadoras a fim de guiar a apreensão de respostas para o problema pontuado: Quais são as características sociodemográficas e laborais de egressos de um curso de residência em enfermagem?; Quais são as percepções de egressos de um curso de residência sobre o mundo do trabalho em saúde e em enfermagem?; Que estratégias de enfrentamento são adotadas por estes egressos para lidarem com as adversidades do mundo do trabalho?; e, Quais são as contribuições do aprendizado no curso de residência em enfermagem para o enfrentamento das adversidades no mundo do trabalho?

Metodologia: O referencial teórico-metodológico do estudo é o materialismo histórico dialético. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. A estratégia para adoção do método dialético, será a Triangulação de Dados. Cenário: Serão cenários deste estudo um hospital (HU) de grande porte e uma faculdade de enfermagem (ENF), ambos pertencentes à

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

universidade que chancela o curso de residência em enfermagem. Participantes: os egressos do curso de residência, cujo recorte temporal inicial inclui os residentes ingressantes a partir do ano de 2006, turma a partir da qual a ENF passou a conferir o certificado de especialista aos residentes. Desta forma, o estudo abordará os residentes certificados a partir do ano de 2008 visto que cada turma desenvolve suas atividades em 24 meses de curso. Critério de Inclusão: 1. Ter concluído a residência, obedecendo a todos os critérios estabelecidos pelo curso para a sua certificação; 2. Ter ingressado no curso de residência a partir do ano de 2006, ano a partir do qual a faculdade de enfermagem da instituição em tela passou a conferir o certificado de especialista ao egresso; 3. Estar inserido no mercado de trabalho há, pelo menos, um ano, considerando ser este tempo suficiente para a adequação ao mundo do trabalho; e, 4. Ter cursado a residência no período de gerência da faculdade de Enfermagem. Critério de Exclusão: 1. Nunca ter exercido a profissão; 2. Estar inserido no mercado de trabalho há menos de um ano; e, 3. Ser recém egresso do curso de residência (formado há até três anos). Técnica de coleta de dados: A coleta de dados ocorrerá com egressos certificados entre os anos de 2008 a 2014, totalizando 255 egressos. No que se refere ao cumprimento do primeiro objetivo do estudo, isto é, identificar as características sociodemográficas e laborais dos egressos da residência, serão adotados métodos estatísticos para delimitar o quantitativo de residentes que deverão responder ao questionário. Assim, se aplicará a fórmula abaixo para delimitar a amostra do estudo, conferindo maior fidedignidade ao resultado. O cálculo amostral foi definido por uma fórmula que resultou em uma amostra de 154 egressos como quantitativo estatisticamente representativo para efeito de se estimar proporções na população de 255 enfermeiros. O planejamento amostral consistirá na amostragem aleatória simples (AAS). Para a coleta de dados serão utilizados (i) análise documental será efetuada por meio da análise das ementas de disciplinas do curso, bem como se utilizará de quaisquer outros documentos que se fizerem necessários e pertinentes à apreensão do objeto; (ii) questionário estruturado aplicado de modo on-line ou presencial, a fim de que sejam levantadas as variáveis sociodemográficas e ocupacionais dos egressos; e, (iii) entrevista semiestruturada, a partir de um roteiro de entrevistas contendo quatro questões abertas. O período de coleta de dados será entre os meses de junho a agosto de 2017. Análise dos dados: ocorrerá da seguinte forma: (i) apresentação e a análise da caracterização dos participantes, e (ii) apresentação e análise das informações referentes aos documentos do curso de residência, dos questionários e das entrevistas com os egressos, considerando a proposta do método histórico-dialético.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos:

Objetivo Primário:

• Analisar as estratégias de enfrentamento adotadas pelos egressos do curso de residência de enfermagem para lidar com as adversidades do mundo do trabalho.

Objetivo Secundário:

• Identificar as características sociodemográficas e laborais de egressos de um curso de residência em enfermagem.

• Descrever as percepções de egressos de um curso de residência em enfermagem sobre o mundo do trabalho em saúde e em enfermagem.

• Discutir as contribuições do aprendizado no curso de residência em enfermagem para o enfrentamento das adversidades no mundo do trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa não oferece danos diretos. Entretanto, pode haver dano relacionado a alguma pergunta na entrevista que remeta a algo que lhe traga memória e emoções relativas a experiência vivenciada.

Benefícios:

O benefício relacionado é a contribuição com a pesquisa que pretende colaborar para avaliação e planejamento do curso de residência de enfermagem e, assim, melhor qualificar o processo de formação do enfermeiro residente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa encontra-se bem estruturado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Orçamento: Financiamento próprio.
- Folha de rosto: preenchida, assinada, datada e carimbada pelo responsável pela instituição proponente.
- Cronograma – a fase de início da coleta de dados encontra-se desfasada.
- TCLE – não há lacuna para o participante registrar seu nome por extenso, antes de sua assinatura.
- Carta de anuência – anexadas e, devidamente, assinadas, datadas e carimbadas.

Recomendações:

- TCLE: inserir lacuna para o participante registrar seu nome por extenso.
- Cronograma: adequar a fase de início da coleta de dados.

UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para Junho de 2018. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_889266.pdf	23/05/2017 16:10:37		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPlataformaBRASIL22Maio17.pdf	23/05/2017 15:39:30	Claudia Menezes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEOnLineProjetoDoutoradoClaudiaMenezes.pdf	23/05/2017 15:30:09	Claudia Menezes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPresencialProjetoDoutoradoClaudiaMenezes.pdf	23/05/2017 15:29:38	Claudia Menezes	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoProjetoClaudiaMenezes23MAIO.pdf	23/05/2017 07:14:55	Claudia Menezes	Aceito
Outros	CartadeapresentacaoaoCEPProjClaudiaMenezes.docx	01/05/2017 14:27:36	Claudia Menezes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoautorizacaoinstitucionalFENFProjClaudiaMenezes.docx	01/05/2017 14:24:49	Claudia Menezes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoautorizacaoinstitucionalCOORDENACAOENFProjClaudiaMenezes.docx	01/05/2017 14:22:01	Claudia Menezes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 28 de Junho de 2017

Assinado por:
Patricia Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador)

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br